Lane Medical Library

Beitrag zur Lehre von den Psychosen des Kindesalters.

Inaugural-Dissertation

der

medicinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Walter Born

aus Jena.

Jena,

Frommannsche Hof-Buchdruckerei

(Hermann Pohle)

1892.

Genehmigt von der medizinischen Fakultät zu Jena auf Antrag des Herrn Prof. Dr. Binswanger.

Jena, den 4. August 1892.

Prof. Dr. Gärtner,
d. Z. Dekan der medizinischen Fakultät.

Der Begriff der Psychose, wie er uns von der Beobachtung geisteskranker Erwachsener her geläufig ist, hat eine gewisse Umänderung zu erfahren, bevor wir ihn auf das Kindesalter anwenden, erstens weil die Psyche des Kindes eine wesentlich andere Zusammensetzung hat als die des reifen Menschen, und zweitens, weil sie normaler Weise einer fortwährenden Entwickelung, also Veränderung unterworfen ist. Während im Empfindungsleben des Erwachsenen egoistische und altruistische Gefühle in harmonischem Verhältnis stehen und sich gegenseitig beschränken, überwiegt beim Kinde bedeutend das Selbstgefühl. Es ist egoistisch und konzentriert die ganze Aufsenwelt auf die eigene Person. Mitleid, Dankbarkeit, Liebe wirken nur vorübergehend und kommen neben der Rücksicht auf das „Ich" wenig in Betracht. Ebenso sind die ästhetischen Gefühle, die Freude am Schönen, die Ehrfurcht vor dem Erhabenen und die gegenteiligen Gefühle, also der Abscheu vor dem Ekelhaften und Unharmonischen nur ausnahmsweise so entwickelt, dafs sie als Motive beim Handeln mitwirken könnten. Der Denkprozefs ferner bewegt sich in primitiven Formen. Vorstellungen werden gebildet und aus diesen Begriffe. Doch die Verknüpfung der Begriffe zu Urteilen findet nur in sehr beschränktem Mafse statt. Die Urteilskraft des Kindes ist daher gering. Es vermag die Folgen seiner Handlungen nicht zu berechnen. Und auch da, wo das Kind bereits aus Erfahrung die Folgen kennt, spielt diese Kenntnis eine geringe Rolle, weil es erst allmählich durch Erziehung und üble Er-

fahrung zur Gewohnheit wird, über die möglichen Konsequenzen jedes Unternehmens vorher ein Urteil zu bilden. Man verlangt dies nicht vom Kinde, ihm wird, mit anderen Worten, der freie Wille abgesprochen. Dazu kommt, dafs das Kind, welches arm an Erinnerungsbildern und Vorstellungen ist, mit Begierde die Eindrücke der Aufsenwelt in sich aufnimmt. Es ist sinnlich und von Sinneseindrücken in hohem Grade beherrscht. Die Aufsenwelt spielt demzufolge im Seelenleben des Kindes eine ungleich wichtigere Rolle, als beim Erwachsenen. Die Stimmung ist daher unter günstigen Lebensverhältnissen meist heiter. Sorgen oder trübe Erinnerungen stören das gesunde Kind nicht. Dabei findet jedoch leicht ein jäher Übergang in Trauer und Schmerz statt, sobald das lebhafte Selbstgefühl beeinträchtigt wird. Ebenso schnell wird der Schmerz dann wieder vergessen. Aus der Armut an Vorstellungen entspringt auch das Wuchern der Phantasie, welche fortwährend bestrebt ist, aus dem geringen vorhandenen Material Neues zusammenzusetzen. So zeichnet sich das Kind aus durch rasch wechselnde, meist heitere Stimmung, durch Leidenschaftlichkeit in allen Bestrebungen und eine vorwiegend egoistische Richtung derselben.

Weiter ist die rasche Veränderung, welche durch die Entwicklung des Kindes bedingt wird, zu berücksichtigen. Während der Erwachsene eine verhältnismäfsig stabile Persönlichkeit besitzt und eine rasche Veränderung derselben oft schon den Verdacht auf pathologische geistige Vorgänge erweckt, liegt ein solcher Wechsel beim Kind oft durchaus noch innerhalb physiologischer Grenzen. Auch die sehr verschiedene Schnelligkeit, mit der die Entwicklung bei den Einzelnen vor sich geht, kann die Beurteilung des geistigen Zustandes erschweren. Bereiten so die psychischen Eigentümlichkeiten des Kindes und die Schwankungen derselben der Diagnose leicht Schwierigkeiten, so kommt noch dazu, dafs Psychosen im Kindesalter selten sind und daher nur eine geringe Zahl brauchbarer Beobachtungen vorliegt. Die

vereinzelten Angaben früherer Zeit wurden erst 1887 von Emminghaus [1]) mit eigenen Erfahrungen zusammen zu einem Handbuch vereinigt. Doch stützt er sich oft auf so geringe Zahlen, und die angeführten Autoren sind so oft verschiedener Meinung, dafs er selbst einen weiteren Ausbau dieses Teils der Psychiatrie für dringend notwendig erklärt. Gerade der Zwischenzustand zwischen Gesund und Krank ist in der Kindheit besonders ausgesprochen.

Geistige Abnormitäten der Kinder können durch starke psychische Beeinflussung hervorgebracht sein; dann weichen sie nach Beseitigung der Ursachen. Oder die Abnormität entwickelt sich spontan ohne äufsere Ursache, und es entsteht ein Zustand, welcher, wie die Frühreife der Wunderkinder, zwar keine ausgesprochene Psychose, aber doch psychopathologisch ist. Oft entwickeln sich hieraus später echte Psychosen. Ferner inkliniert das Kindesalter besonders zu transitorischen Geistesstörungen, was wohl aus der Neigung der Kindesseele zu jähem Wechsel der Stimmungen und der grofsen Empfänglichkeit für äufsere Eindrücke seine Erklärung findet.

Die Prädisposition für Psychosen in der Kindheit wird von allen Autoren für geringer angenommen, als für jede andere Altersstufe, und zwar weil, wie v. Krafft-Ebing und Schüle meinen, das Kind weit weniger Schädlichkeiten ausgesetzt, für manche Psychosen auch eine bestimmte Höhe der Entwicklung die Vorbedingung ist. Die Frage der Häufigkeit kindlichen Irreseins ist bis jetzt noch nicht befriedigend gelöst. Von Emminghaus und Möller wird angenommen, dafs es weit häufiger sei, als es nach den angestellten Zählungen scheine. Nach der Statistik scheint es Emminghaus, als ob das ätiologische Moment der Erblichkeit in der Pathogenese der Kinderpsychosen nicht die ihm von den Meisten zugeschriebene hohe Bedeutung beanspruchen dürfe. Doch läfst er die Frage im Hinblick auf die Unzulänglichkeit der

1) Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. 1887.

Statistik unentschieden. Paul Moreau [1]) hingegen spricht sich sehr entschieden dahin aus, dafs die Hauptursache des Irrsinns im Kindesalter die Vererbung bilde, in dem Sinne, dafs nicht nur nervöse und cerebrale Leiden, sondern auch Phthise, Gicht und verbrecherische Neigungen eine erbliche Prädisposition veranlassen können. Die Frage über den Einflufs der sozialen Verhältnisse und den des Geschlechts, sowie überhaupt die Frage, wodurch eine Prädisposition erworben werden kann, ist nach dem vorhandenen Material noch nicht zu entscheiden. Von den veranlassenden Ursachen spielen nach Emminghaus die psychischen eine weniger bedeutende Rolle, als bei den Erwachsenen. Von besonderer Wichtigkeit für das Kindesalter sind die Anforderungen der Schule und die Masturbation. Moreau glaubt den psychischen Ursachen die Hauptschuld beimessen zu müssen. Für die Entstehung von Konvulsionen, Veitstanz, Epilepsie macht er die Imitation in vielen Fällen verantwortlich. Auch schlechte Erziehung und der Einflufs der Sitten sind nach ihm bisweilen ausreichend, eine Psychose hervorzubringen.

Bezüglich der Symptome betont Emminghaus, dafs sie beim Kinde zum Teil eine ganz andere Bedeutung haben, als beim Erwachsenen. Andauernde Verstimmtheit, besonders psychische Analgesie bedeuten beim Erwachsenen vielleicht nichts, beim Kinde stets eine geistige Erkrankung. Illusionen und Hallucinationen können auch im Kindesalter isoliert, ohne jede anderweite Geistesstörung auftreten. Nach Moreau sind dieselben in der Regel schreckhafter Natur und können unter bestimmten Umständen bei geistig normalen Kindern vorkommen, wenn deren Phantasie durch Erzählungen oder religiöse Übungen erregt ward.

Zwangsvorstellungen können, wie Emminghaus weiter ausführt, bei Kindern ebenfalls isoliert auftreten und zwar bald in Form unsinniger Vermutungen und Zweifel, Furcht vor Berührungen, Hemmung bestimmter Bewegungen. Moreau

1) Paul Moreau, Der Irrsinn im Kindesalter. 1889.

nennt sie intellektuelle Impulse, meint, dafs sie oft Gewaltthaten, Brandstiftung, Diebstahl nach sich zögen, und redet dementsprechend von Kleptomanie, Pyromanie etc. Er führt Beispiele an, wo Furcht, Reue, Scham in Form solcher Impulse auftraten. Das Krankhafte liegt dabei in der Geringfügigkeit der Ursachen. Eine neuropathische Belastung ist meist vorhanden und, wie Emminghaus hervorhebt, oft eine aufsergewöhnliche Intelligenz, welche sich lebhaft gegen die Zwangsvorstellungen sträubt. Doch können sie auch auf epileptischer und neurasthenischer Grundlage entstehen. Berger[1]) berichtet von einem 10-jährigen, erblich belasteten Mädchen, welches schon früher an Erregungszuständen und epileptiformen Anfällen gelitten hatte. Dasselbe war körperlich und geistig aufsergewöhnlich begabt. Kurz nach Beginn des Schulbesuchs traten Zwangsvorstellungen zuerst in Form von Grimassen, später mehrmals nach körperlichen Anstrengungen in Form des Gedankens auf, die Mutter zu ermorden. Die Zwangsvorstellung war von eintägiger Dauer und bereitete dem Kinde Schmerz, so dafs es weinte.

Für zu frühes Erwachen des Geschlechtstriebes im Kindesalter sind meist Entartungszustände und Idiotie verantwortlich zu machen.

Kelp[2]) berichtet von einem 12-jährigen Knaben, dafs er während einer akuten transitorischen Paranoia eine bedeutende Steigerung des Geschlechtstriebes erfuhr.

Im übrigen ist die Steigerung der affektiven und intellektuellen Vorgänge weit schwieriger in Bezug auf ihren pathologischen Charakter zu beurteilen, als die Abschwächung derselben, welche, in Gestalt von Apathie und Pedanterie auftretend, stets pathologisch ist. Die eigentlichen Psychosen, d. h. diejenigen Symptomenkomplexe, welche wir von der

---

1) Berger, Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen bei einem Kinde. Archiv für Psychiatrie.

2) Kelp, Psychose im Kindesalter. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. XLIV. 6.

Beobachtung geisteskranker Erwachsener her als Krankheitseinheiten kennen, kommen nach Emminghaus alle mit Ausnahme der progressiven Paralyse auch im Kindesalter vor. Und zwar nennt er „Kindesalter" die Lebenszeit bis zum Eintritt der Pubertät, ohne sich an ein bestimmtes Lebensjahr zu binden. Ob die „originäre Verrücktheit" vorkomme, läfst er unentschieden. Moreau verneint es mit Griesinger, welcher meint, dafs bei der noch nicht gefestigten Intelligenz des Kindes Wahnideen stets zu allgemeiner Verworrenheit und zu Schwachsinn führen.

Emminghaus teilt die Psychosen des Kindesalters ein in Neurasthenia cerebralis, Melancholie, Manie, Dementia acuta, Hypochondrie, Paranoia, Geistesstörung in Form von Zwangsvorstellungen, transitorisches Irresein, periodisches und cirkuläres Irresein, Gemütsentartung, Idiotie, epileptisches Irresein, Hysterie, choreatisches Irresein. Moreau spricht zuerst von rein nervösen Formen, welche also nicht unter die psychischen Erkrankungen gehören, und teilt die Psychosen in solche mit Exaltation und solche mit Depression. Drittens behandelt er die psychischen Schwächezustände und die mit nervösen Störungen einhergehenden Psychosen, also Hysterie, Epilepsie, Chorea.

Ich werde mich im Folgenden der Emminghaus'schen Einteilung anschliefsen. Als Hauptsymptom der Neurasthenia cerebralis führt Emminghaus die Störungen der Intelligenz an. Ferner Abschwächung aller Affekte, also eine gewisse Apathie und gelegentlich auftretende psychische Hyperalgie. Das ganze Bild dieser Erkrankung weicht nicht wesentlich von der Neurasthenie der Erwachsenen ab. Besonders tritt sie auf in den Jahren des Schulbesuchs und zwar meist bei erblich Disponierten. Emminghaus führt hierfür nur wenig Beispiele an, Moreau widmet der Neurasthenie überhaupt kein besonderes Kapitel. Von Prof. Binswanger wurde folgender Fall beobachtet:

E. W., 14-jähriger Knabe, aufgenommen am 29. Aug. 87. Sein Vater befindet sich in einer Irrenanstalt, eine Schwester

leidet an akuter hallucinatorischer Paranoia. Er besuchte das Gymnasium bis Untertertia und war ein guter Schüler. Am 25. Aug. 87 bekam er während des Unterrichts ohne jeden Grund einen Anfall von Weinen. Es wurde ihm schwach und das Weinen ging bald in lautes Schreien über. Nach Hause gebracht, beruhigte er sich. Nachmittags klagte er Kopfweh. Der Appetit war verringert, der Schlaf gut. Der Schulbesuch wurde fortgesetzt. An den drei nächsten Tagen wiederholte sich der Anfall in ganz ähnlicher Weise. Die Untersuchung am 30. Aug. ergab eine mäfsige körperliche Entwicklung, geringe Anämie, somatische Gesundheit. Rascher Wechsel der Gesichtsfarbe. Linke Pupille weiter. Reaktion prompt. Steigerung der meisten Reflexe. Sonst keine sensibeln oder motorischen Störungen. Während der Untersuchung ein Weinanfall, nach 3 Minuten wieder Lachen.

Ordo: Chinin. ferrocitr. Bei Anfällen warmes Bad mit kalter Übergiefsung. Bettruhe. Am 29. VIII. kurzer Weinanfall. Dabei verhält sich Patient gegen die Umgebung abwehrend. Man merkt, dafs er sich anstrengt, das Weinen zu unterdrücken. Zugleich Tremor, besonders rechts. Linke Gesichtshälfte röter, linke Pupille weiter. Nach einstündigem Wohlbefinden ein zweiter Anfall. Als Grund wird angegeben die Erinnerung an einen weinenden Knaben, welchen er vor kurzem sah. Auch bei Klavierspiel, besonders in Moll, weint er. Nach der Untersuchung weint er, weil er sich vor dem Arzt gefürchtet habe. Sonstiges Befinden gut, muntere Stimmung, guter Schlaf, Gehorsam gegen die ärztlichen Vorschriften. Er erzählt, dafs ihn in der Schule schon die Verlegenheit jedes Mitschülers zum Weinen veranlafst habe. Die Rede eines Mitpatienten, er sei ein böser Knabe, veranlafst einen Anfall von 5 Minuten. Am 31. VIII. ein kurzer Anfall, weil ein Wärter und nicht, wie versprochen, ein Mitkranker bei ihm übernachtete. Bei der Visite giebt er an, Angst zu verspüren: „Es ist, als ob das Weinen nahe.“ Vom 1. — 4. IX. fortdauerndes Wohlbefinden und normales Verhalten. Patient darf aufstehen und spazieren gehen. Als

ihm dabei ein weinendes Kind begegnet, mufs er an seine Anfälle denken, glaubt seine Schwester schluchzen zu hören, spürt eine Hitze im Kopf und den Extremitäten. Im Kopfe zugleich ein Klopfen. Das Weinen Erwachsener läfst ihn gleichgiltig. In der Folge vermeidet er das Zusammentreffen mit weinenden Kindern. Er wurde körperlich beschäftigt. Am 8. IX. noch ein leichter Anfall. 2 Wochen später noch eine leichte Depression. Ausgang in Heilung. Die psychische Hyperalgie, wie sie in dem vorliegenden Fall zu Tage tritt, wird zwar von Emminghaus als gelegentliches Symptom bei Neurasthenie erwähnt, und Ähnliches beobachteten Ferber und Lähr bei zarten, nervösen Kindern, doch in keinem Fall tritt dieses Symptom so in den Vordergrund. Von andern neurasthenischen Symptomen finden sich nur eine gewisse Ängstlichkeit, vasomotorische Störungen und bisweilen Schmerz und Druck im Kopfe.

Die Melancholie fand Emminghaus unter 199 Kinderpsychosen 24mal. Am häufigsten die Melancholia simplex und Melancholie mit Angst und daraus entstehender Aufregung. Selten Melancholie mit Wahnvorstellungen und diejenige cum stupore. In den meisten Fällen fand sich eine erbliche Belastung und als Gelegenheitsursachen Trauma, fieberhafte und Herzkrankheiten, depressive Gemütsbewegungen. Im übrigen verhält sich diese Psychose analog der des reifen Alters. Moreau und Esquirol halten sie für sehr selten bei Kindern, und ersterer äufsert über dieselbe nur kurz, dafs sie eine Hauptursache kindlicher Selbstmorde bilde und oft mit religiösen Vorstellungen vergesellschaftet sei. Tremoth [1]) erklärt als charakteristisch für den melancholischen Stupor des Kindes kurze Unterbrechungen, bisweilen von der Dauer einiger Stunden, Lachen beim Anblick komischer Bilder etc., was bei Erwachsenen nicht vorkomme. Er erklärt dies nach Wundt durch Kontrastwirkung oder Ermüdung. Ferner ver-

1) Tremoth, Beiträge zur Lehre vom Irresein im Kindesalter. Münchn. med. Wochenschr. XXXVIII. 35—37.

mifst er in der Mehrzahl der Fälle den Kleinheitswahn oder Versündigungswahn und glaubt, dafs der kindliche Egoismus verhindere, eine Schuld bei sich selbst zu suchen, und daher direkt Furcht vor der Aufsenwelt entstehe und dafs auch das Kausalitätsbedürfnis des Kindes noch zu unentwickelt sei. Er berichtet zuerst von einem 16-jährigen, gut begabten Knaben, in dessen Verwandtschaft ein Oheim irrsinnig war und der ohne ersichtliche Ursache melancholisch wurde, nachdem er schon jahrelang die Einsamkeit geliebt und viel religiöse Schriften gelesen hatte. Er war körperlich wenig entwickelt, Sensibilität und Reflexe herabgesetzt; er afs nicht und sprach nicht. Das Bewufstsein war klar, der Schlaf gut. Speichelfluſs, Erbrechen, Verstopfung, Urinverhaltung traten auf. Nach 4 Wochen langsame Besserung. Er gab an, dafs er Angst gehabt und sich über nichts mehr gefreut habe. Auch habe ihm der Kopf, die Augen und der Magen geschmerzt. Versündigungsideen stellte er in Abrede. Heilung nach 11 Wochen.

Weiter behandelte Tremoth einen 14-jährigen, schwächlichen, intelligenten Knaben, dessen Urgrofsvater und Tante geisteskrank waren. Er war immer still und verschlossen und dies steigerte sich schliefslich zu völliger Apathie und Mutismus. Er schlief schlecht, liefs den Urin unter sich, die Hautempfindlichkeit war herabgesetzt, der Patellarreflex fehlte. Zugleich Speichelfluſs und Verstopfung. Abends verwandelte sich der Stupor in Jammern und Weinen. Nach 10 Tagen liefsen Stupor und Angstanfälle nach. Plötzlich trat für einige Stunden ausgelassene Heiterkeit auf. Solche heiteren Exaltationen kamen noch einige Male vor. Nach 5 Wochen waren von der Verstimmung nur noch Schüchternheit und leicht eintretende Verlegenheit übrig. Er erinnerte sich, Angst gehabt zu haben vor seiner Umgebung.

Ein anderer Patient Tremoth's stammte aus einer Familie, in welcher mehrfach überzählige Finger und auch Irrsinn vorkamen. Dieselbe lebte in sehr ärmlichen Verhältnissen. Patient machte mehrere Infektionskrankheiten durch. Seit

1 Jahre litt er ca. alle 8 Wochen an Angstanfällen. Zwischendurch einige heitere Exaltationen. Bei der Aufnahme war er 13 Jahr alt, schlecht genährt, die Stimmung indifferent, leicht verlegen; auf Fragen antwortete er nicht. Die Behandlung war roborierend. Wohlbefinden und plötzliche Angstanfälle wechselten oft ab. Der Schlaf war gut. Binnen 5 Wochen Heilung.

Eine interessante Kombination von Melancholie und Myoclonie, welche anfangs Veranlassung zur Diagnose Hysterie war, wurde von Professor Binswanger beobachtet. R. H., 13-jähriger Knabe, stammte von einer oft an Kopfschmerz und Kongestionen leidenden Mutter. Die Geburt unseres Patienten währte lange. Danach war er fast $^1/_2$ Jahr lang blind und krank. Sprechen und gehen lernte er zeitig. Enuresis bis zum 6. Jahr. In der Schule lernte er gut und hatte zuletzt aufserdem Privatstunden, so dafs er sehr angestrengt arbeiten mufste. Zu Hause hatte er oft bis spät am Abend Gäste zu bedienen, so dafs ihm der nötige Schlaf mangelte. Nach dem Tode der Mutter und nachdem er die Leiche derselben gesehen, kamen 4—5 Anfälle von Schwindel; es wurde ihm schwarz vor den Augen. Er hatte viel Kopfweh, safs den ganzen Tag still, weinte und wufste oft gar nicht, weshalb. Der Schlaf war schlecht; immer hatte er Angst. Der Appetit blieb gut. Auch das häufige Jammern des Vaters schien auf ihn ungünstig einzuwirken. 11 Wochen nach dem Todesfall kam er aus der Schule zurück mit den als Myoclonie beschriebenen Zuckungen. Kopfschmerz und Angst nahmen zu. Bei der Aufnahme zeigte er sich als schwächlichen Knaben. Gesichtszüge etwas verzerrt, gezwungen. Beim Versuch, etwas zu fixieren, häufiger Lidschlag, monocular Blinzeln und Nystagmus. Beide Arme in fortwährendem Schüttelkrampf. Da die Psychose und der Myoclonus, obgleich auf derselben neuropathischen Grundlage entstanden, von einander unabhängig sind und nur eine zufällige Kombination darstellen, wie Dr. Ziehen [1]) ausführt,

1) Ziehen, „Über Myoclonie.“ Archiv für Psychiatrie. Band 18.

so übergehe ich die genauere Schilderung der Schüttelkrämpfe. Die Sehnenphänomene und der Plantarreflex waren gesteigert, die Haut hyperästhetisch. Spinalirritation besonders am Hals und Druckempfindlichkeit des Os occipitale. Starker Kopfschmerz, namentlich links vorn. Kopfperkussion überall empfindlich. Kurzsichtigkeit und Flimmern vor den Augen. Sonst normaler Befund. Bei Playfair-Diät waren Schlaf, Appetit und Stuhlgang gut.

Ordo: Bettruhe, etwas Gymnastik. Er war ängstlich und weinerlich, sehnte sich auch nach Hause. Nach einigen Tagen hörte der Krampf auf, die Stimmung besserte sich erheblich. Besuche der Angehörigen vertrug er gut. Nach 1 Monat Heilung.

Wenn wir von den Erscheinungen der Myoclonie absehen, finden wir eine melancholische Verstimmung infolge dauernder schmerzlicher Gemütsbewegung bei vielleicht ererbter, durch geistige und körperliche Überanstrengung erheblich gesteigerter Prädisposition. Die Aufregung über den Krampfzustand hat jedenfalls weiter deprimierend gewirkt. Die sensibeln Störungen, Spinalirritation etc. kommen wohl auf Rechnung des Myoclonus.

Die Manie der Kinder unterscheidet sich nach Emminghaus nicht wesentlich von der des reiferen Alters. Dieselbe übermütige Stimmung, zuweilen Zornausbrüche und Anfälle von Verstimmung; Ideenflucht, Steigerung des Begehrens und Strebens. Beim Kinde ist die Psychose jedoch weit schwieriger zu erkennen, da die genannten Symptome schon physiologisch das Kindesalter vor dem gereiften Alter auszeichnen und nur das Übermafs und die von Ermüdung kaum beeinflufste Dauer dieser Erscheinungen für krankhaft gelten können. Nach der Intensität des Auftretens werden die eigentliche Manie und die maniakalische Exaltation unterschieden. Moreau glaubt nach seinen Erfahrungen, dafs Manie nur bei erblich Belasteten entstehe, und fügt hinzu, dafs eine extatische Form der Manie mit Hallucinationen bei Kindern häufig wäre, besonders wenn Onanie die veran-

lassende Ursache abgebe. Doch bleibt er den Beweis dafür schuldig. Die Dauer schwankt nach den übereinstimmenden Angaben der Autoren zwischen wenigen Tagen und einer Reihe von Monaten.

Dörnberger [1]) beschreibt einen komplizierten Fall, der ein 11-jähriges Mädchen betrifft. Ein Schwesterkind des Vaters ist epileptisch, die Mutter sehr nervös und Morphinistin. Ein Kind starb an Hirnwassersucht. Ein Schwesterkind der Mutter war choreatisch. 2 Jahre alt, erlitt Patientin einen heftigen Schreck und Trauma, wonach sie 10 Tage fieberte und delirierte. Mehrere Monate später begann sie öfter am Tage und nachts aufzuschreien und ohne Grund anhaltend zu weinen und ebenso zu lachen. Auch sang sie laut und unzusammenhängend. Dies setzte sich bis in die Gegenwart fort. Vor 4 Jahren litt sie einige Wochen an heftigem Kopfschmerz. Der Schlaf ist seit Jahren schlecht und durch ängstliche Träume, auch Sinnestäuschungen beim Erwachen gestört. Durch Strafen ward sie aufgeregt und thätlich, wovon sie später nichts wufste. Rasch wechselte Lachen und Weinen, Zorn und Mitleid; sie war unruhig und reizbar, sprach hastig und oft unsinnig. Zur Beruhigung bekam sie seit 2 Jahren Morphium. Seit einigen Monaten traten die gewöhnlichen Symptome des Morphinismus auf, Kopfschmerz, Schwäche, Verdauungsstörungen, Abnahme des Gedächtnisses, herrschsüchtiges und bösartiges Benehmen gegen andere Kinder. Bei der Morphium-Entziehungskur traten heftige Abstinenzerscheinungen auf, besonders Hallucinationen und Zornausbrüche. Dieselben cessierten nach 3-monatlicher Kur. Nach der Entlassung begannen sie wieder häufiger aufzutreten. Hier hört die Beobachtung auf wegen Wegzugs der Familie. Der Verfasser glaubt, dafs die Hallucinationen und Illusionen wegen ihrer Häufigkeit bei Kindern die Diagnose der maniakalischen Exaltation nicht umstofsen könnten. Da ferner ein Trauma möglicherweise mit Com-

1) Dörnberger, Zur Kasuistik der Psychosen im Kindesalter. Münchner med. Wochenschr. Nr. 27. 1891.

motio cerebri oder Knochenabsplitterung oder aber Meningitis vorhergegangen sei, so sei es vielleicht der Vielgestaltigkeit des traumatischen Irreseins zuzuschreiben, wenn der Charakter der Manie nicht rein gewahrt blieb.

Tremoth berichtet von einem 16-jährigen Knaben ohne hereditäre Belastung, welcher im Alter von 13 Wochen eine Meningitis acquiriert hatte und danach geistig etwas zurückgeblieben war. Derselbe zeigte 5 Monate vor der Aufnahme Unruhe, Reizbarkeit, Unfolgsamkeit und trank gelegentlich grofse Mengen Bier. Die Aufregung stieg allmählich. Bei der Aufnahme war er apathisch und zeigte noch vollkommen kindlichen Habitus. Das Bewufstsein schien getrübt. Zuweilen lachte er plötzlich laut. Später begann er ausgelassen zu pfeifen, zu schreien und viel zu schwatzen. Der Schlaf war schlecht, er sprang viel umher und war sehr widersetzlich. In der 4. Woche plötzlich einen Tag lang völliges Schweigen mit Ängstlichkeit. Ebenso in der 7. Woche. Noch zweimal kamen kurze Depressionen vor. Ausgang: Heilung. Hier scheint die Meningitis den Boden für die Psychose bereitet zu haben. Da eine veranlassende Ursache nicht aufzufinden war, so liegt der Verdacht nahe, dafs bei dem Alter von 16 Jahren die beginnende Pubertät mit hineingespielt hat.

Professor Binswanger behandelte folgende drei Fälle von infantiler Manie.

I. Fall. A. L., 13-jähriges Mädchen. Über erbliche Verhältnisse nichts ermittelt. Patientin ist nie krank gewesen, lebte seit 4 Jahren in sehr kümmerlichen Verhältnissen, wobei ihre Erziehung sehr vernachlässigt wurde. In der Schule früher als gut und fleifsig geschildert, begann sie ungefähr zu Pfingsten 1890 ihre Schularbeiten, Kleidung etc. zu vernachlässigen, war schmutzig und sehr unaufmerksam. Auf Fragen folgten sehr leise Antworten. Zum Lautsprechen ermahnt, sprach sie laut schreiend. Wegen Unsauberkeit getadelt, erklärte sie lächelnd: „Ja, ich bin ein Schwein und gehöre in den Schweinestall.“ Sie antwortete frech, kam zu

spät in die Schule und weigerte sich schliefslich hineinzugehen. Zuweilen traten Wutanfälle mit Schreien und Toben auf, wobei sie Teller, Töpfe etc. aus dem Fenster warf, gemeine Schimpfworte ausstiefs und ihre Mutter thätlich angriff. Ein andermal war sie wieder von überströmender Zärtlichkeit. Sie trieb sich viel umher, hob die Röcke auf der Strafse in schamloser Weise hoch, sang Gassenhauer, brütete dann wieder vor sich hin, um plötzlich Gesichter zu schneiden, die Zunge oft hintereinander herauszustrecken, oder erst leise, dann laut schreiend zu zählen. Bei der Aufnahme präsentierte sie sich als ziemlich normal entwickeltes Kind von mittlerer Ernährung; die Zähne standen sehr unregelmäfsig, die Zunge war belegt. Konvergenzbewegung des linken Auges stark eingeengt. Die Zunge wird 3 — 4mal rasch hintereinander in die rechte und linke Wange geschoben. Patellar- und Achillessehnenreflex stark gesteigert. Ebenso die Schmerzempfindlichkeit der Haut. Gesichtsnervenaustritte, obere Dornfortsätze, untere Intercostalräume etwas druckempfindlich. Heiterer Gesichtsausdruck. Sie liest rasch und richtig, aber sehr nachlässig. Ähnlich verhält es sich mit dem Schreiben. Sie rechnet ziemlich gut und ist über Personalien gut unterrichtet. Auf Fragen antwortet sie anfangs richtig und gut, dann mehr und mehr unsinnig. Schliefslich schwatzt sie ideenflüchtig und unzusammenhängend von allem Möglichen und bricht in Lachen aus. Einigemal griff sie anderen Kranken unter die Röcke. Der Schlaf war unruhig. Sie sang viel und versuchte, Reime zu machen. Nach 10 Tagen treten einige Anfälle von Ängstlichkeit auf. Zugleich ein gewisses Krankheitsbewufstsein: „Ich bin nervenschwach.“ Die Zungenbewegungen liefsen allmählich nach. Sie bekam Unterricht und lernte gut. In der 4. Woche schlug der Zustand um in Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit, der die zwei nächsten Monate mit verschiedenen Remissionen andauerte. Sie afs dabei bisweilen nur heimlich, die Zungenbewegungen wurden wieder heftig, sie räumte ihren Strohsack aus und schmierte mit Kot. Dann lief sie auch

sinnlos umher, sah erschreckt ins Leere, schrie auf und verhüllte das Gesicht. Dabei bestritt sie jede Angst. Schlaf nur bei hydropathischer Einpackung. In der 5. Woche wurde sie apathisch und sprach gar nicht. Einmal will sie „böse Männer" gesehen haben. Die choreatischen Zungenbewegungen waren eher schlimmer als besser geworden. Der Fall zog sich hin bis Mai 1892 und wurde völlig geheilt. Sie ist jetzt ein intelligentes, artiges und fleifsiges Kind.

Die Aetiologie dieser Erkrankung liegt sehr unklar. Jedenfalls sind die schlechten Lebensbedingungen, welche ein Gemisch von physischen und psychischen Einflüssen darstellen, mit verantwortlich zu machen. Die Krankheit zeigt die Hauptmerkmale der Manie. Gute Intelligenz, Ideenflucht, Reisepläne, Thätigkeitsdrang, der sich bis zum Kotschmieren steigert, Freude am Obscönen, Zornausbrüche und schliefslich der Umschlag in Depression. Ob Hallucinationen vorkommen, bleibt ungewifs. Sehr eigentümlich sind die choreaartigen Zungenbewegungen, welche zur Zeit der Depression sich eher noch steigerten.

II. Fall. W. O., 8-jähriger Knabe. Vater und Grofsvater starben an der „Auszehrung"; ersterer litt zugleich an Gehirnerweichung. Der Patient war nie ernstlich krank. Seit 2 Jahren ist er abnorm ungezogen. Öfters hatte er Schmerzen im linken Ohr, ferner Lähmungen und Zuckungen in den Beinen. Er tobte bisweilen förmlich, besonders in den letzten 5 Monaten. Oft liefs er sich weder waschen noch anziehen, sondern lief nackt umher. Der Schlaf war gut. Er war normal entwickelt und gut genährt. Die Reflexe waren teilweise gesteigert. Zuweilen spontane Schmerzen am Scheitel und Hinterkopf. Sprache leise, aber korrekt. Lesen ebenso. Anfangs jammerte er in der Anstalt nach seiner Mutter. Über Personen und Lokalitäten gab er gut Auskunft. Er benahm sich ziemlich ruhig, war etwas weinerlich und begann bald, sich zu beschäftigen. Das Körpergewicht nahm zu. Er siedelte in eine Erziehungsanstalt über. In diesem Falle ist eine hereditäre Disposition sehr wahr-

scheinlich. Dafs im Gehirn gewisse Reizzustände obwalteten, dafür sprechen die Lähmungen und Zuckungen, das Erbrechen und die Schmerzen im linken Ohr, bei übrigens intakter Hörschärfe. Auffällig ist der protrahierte und remittierende Verlauf dieser maniakalischen Exaltation.

III. Fall. K. St., 15-jähriger Knabe. Die Mutter litt vor 6 Jahren an Melancholie, die Grofsmutter und Urgrofsmutter mütterlicherseits waren ebenfalls psychisch gestört. Im 2. Lebensjahr überstand Patient eine Gehirnentzündung mit Konvulsionen, Sopor und Lähmungen. Ein halbes Jahr lang war er danach stumm. Er genofs eine gute Erziehung und war ein stilles, gehorsames Kind von träumerischem Wesen, gutmütig, jedoch leicht zum Zorn reizbar, in der Schule eifrig und intelligent, körperlich kräftig. Bereits als Schüler von 13 Jahren hatte er einen Anfall von Geistesstörung, wobei er einige zu seinem sonstigen Charakter nicht passende Streiche ausführte. Er griff Mädchen in unanständiger Weise an, verübte kleine Diebstähle und Betrügereien in frecher Weise, bettelte, borgte Geld und trank Branntwein. Mit 14 Jahren im März trat ein neuer Anfall ein. Er entwich aus dem Elternhaus, wanderte unstet umher und wurde nach 4 Tagen zurückgebracht, wobei seine grofse Geschwätzigkeit auffiel. Im November eine dritte Steigerung. Das Gesicht war gerötet, der Blick stechend. In seinen hastigen und verwirrten Reden traten Gröfsenideen zu Tage. Bald war er von Krupp, bald vom Kaiser von Rufsland angestellt. Der Schlaf war schlecht. Doch konnte er aus Furcht vor dem Spott der anderen seine Aufregung so weit beherrschen, dafs er bei der Arbeit ausharrte. Er stahl, tötete Kaninchen und Katzen und verkaufte die Felle. Anfang Januar des folgenden Jahres eine neue Exacerbation. Er hing sich an einen Eisenbahnzug und fuhr so bis Eisenach, wo er in viele Häuser eindrang, um, wie er sagte, die Geschäfte zu besichtigen.

In diesem Fall, wo erbliche Belastung mit akuter Gehirnerkrankung kombiniert war, ist wohl eine erhebliche

Prädisposition anzunehmen, so dafs es nur einer geringen Veranlassung bedurfte, um eine Psychose entstehen zu lassen. Vielleicht ist diese Veranlassung in der etwas intensiveren geistigen Arbeit der letzten Schuljahre zu suchen. Der Umstand, dafs in dem ersten Bericht nur moralische Vergehen erwähnt und die primären Symptome der maniakalischen Exaltation übergangen werden, erklärt sich wohl daraus, dafs die eigentlich maniakalischen Symptome, namentlich Bewegungsdrang und rasches Sprechen, bei Kindern auch in physiologischer Breite zu finden und daher weniger auffallend sind. Im weiteren Verlauf nimmt die Psychose immer mehr den typischen Charakter der maniakalischen Exaltation an, obgleich die lange Dauer mit so bedeutenden Schwankungen ungewöhnlich ist.

Die Dementia acuta kennzeichnet sich durch hochgradige Abschwächung der intellektuellen Funktionen und der Strebungen, durch Stimmungsmangel und Bewufstseinstrübung. Emminghaus unterscheidet eine stuporöse und eine agitierte Form. Nach den wenigen vorliegenden Erfahrungen verhält sie sich in Bezug auf Ursachen, Verlauf und Heilbarkeit in der Kindheit ganz ähnlich, wie bei Erwachsenen. Moreau erwähnt diese Krankheit gar nicht, scheint also ihr Vorkommen im Kindesalter nicht anzunehmen. Dornblüth [1]) schildert einen hierher gehörigen Fall. Ein 15-jähriger, erblich anscheinend nicht belasteter Knabe von weichem, zaghaftem Naturell wurde im dunkeln Kirchturm eingesperrt. Beim Versuch, zu entkommen, stürzte er auf den Kopf. 3—4 Wochen später traten geistige Störungen auf: langsame Antworten, schweres Besinnen, Teilnahmlosigkeit, Unruhe, verwirrte Reden, Schmerz im Hinterkopf. Er wurde immer verschlossener, bald auch unreinlich und litt an hartnäckiger Verstopfung. Bei der Aufnahme war er sehr blafs und apathisch; stundenlang safs er gedankenlos auf einem Fleck.

1) Dornblüth, Ein geheilter Fall von akuter Demenz. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 12.

Der Zustand besserte sich langsam. Nach 5 Monaten war er wieder ziemlich normal. Er äufserte über seinen Zustand: „Ich konnte nicht sprechen, es fiel mir nichts ein.“ Hallucinationen und Gemütserregung fehlten durchaus. Ausgang: Heilung.

Eine von Prof. Binswanger beobachtete Psychose glaube ich trotz wesentlicher Abweichungen hier anschliefsen zu können: P. Z., 17-jähriger Knabe, erkrankte zuerst als Obertertianer an Magenbeschwerden und Verstopfung, welche sich in chronischer Weise mit Remissionen jahrelang hinzogen. Das Magenleiden wich schliefslich, nicht aber die Verstopfung, welche oft selbst durch Laxantia nicht überwunden werden konnte. Früher war ihm das Lernen immer leicht geworden, jetzt wurde ihm dasselbe durch Druck und Schmerz im Kopfe mehr und mehr erschwert. Trotz angewandter Kuren nahm sein Körpergewicht stetig ab, die Nerven wurden immer schwächer. Auch Druckgefühl in Leib und Magen trat auf, er konnte immer nur sehr wenig Urin auf einmal lassen; Lesen konnte er nicht mehr vertragen, der Schlaf wurde durch ängstliche Träume und ein Gefühl von Schwere im Kopf und Magen gestört. Doch fehlte jede eigentliche Angst und gemütliche Verstimmung. Nur bei Anstrengungen fühlte er Beklemmung, Beengung der Brust und aufsteigende Hitze im Kopf. Bei der Aufnahme war er so schwach, dafs er nur 50 Schritte hintereinander gehen konnte, klagte über Leere im Kopf und ein Gefühl von Absterben der Beine. Schon seit 3 Jahren aufser stande, geistig zu arbeiten, war er bei der Aufnahme schon durch das Lesen einiger Zeilen völlig erschöpft, empfand Druck im Kopf, der Scheitel wurde „wie wund.“ Beim Liegen fühlte er das Blut im Kopfe rieseln und Hitze in der linken Körperhälfte. Er war sehr mager, die Genitalien infantil, die Haut der Hände rotbraun, die der Füfse ähnlich, der Blick trübe, apathisch, der Gesichtsausdruck leidend, fast unbeweglich. Das Kniephänomen war etwas gesteigert, einige Herztöne leicht klappend; sonst normaler Befund. Er wurde mit roborierender Diät, Bädern,

Massage behandelt, und sein Zustand besserte sich bald. Nach einigen Wochen wurde er wieder abgeholt. Da die somatische Erschöpfung hier das Primäre ist, stellt sich die Erkrankung als Erschöpfungsneurose dar. Die Abschwächung der intellektuellen Kräfte, der Strebungen und Begehrungen und der Mangel einer bestimmten Stimmung stellt klinisch den Zustand der akuten Demenz am nächsten. Doch fehlt jede Trübung des Bewufstseins.

Die Paranoia, charakterisiert durch Wahnideen persönlicher Beeinträchtigung und Steigerung des Selbstgefühls, zerfällt in die akute und die chronische Form. Die chronische ist für das Kindesalter von sehr geringer Bedeutung; Emminghaus war nur ein Fall ausgebildeter chronischer Paranoia bekannt und zwar der mit Hallucinationen einhergehenden Form. Die originäre Paranoia ist im Kindesalter noch nicht beobachtet, wohl aber das Prodromalstadium derselben, welches nach Sander [1]) als stilles, träumerisches Wesen, Neigung zu phantastischen Gedanken, Grübeleien und Excentricität auftritt. Ein von Moreau angeführter, geheilter Fall (l. c. S. 242), der nach Moreau's Ansicht der Folie systématisée nahekommt, macht weit mehr den Eindruck einer Hypochondrie und ermangelt aller bestimmten Wahnvorstellungen. Die akute hallucinatorische Form ist, wenn man von dem transitorischen Irresein absieht, nach Emminghaus auch nicht sehr häufig und tritt in schweren Fällen als tobsüchtige Aufregung oder als Stupor auf, um nach Wochen oder Monate langer Dauer gewöhnlich in Heilung überzugehen. Moreau erwähnt die hallucinatorische Paranoia gar nicht, obgleich er häufiges Vorkommen von Hallucinationen im Kindesalter konstatiert.

Kelp [2]) berichtet von einem 12-jährigen Knaben, einem wenig begabten Sonderling, welcher kurz nach überstandenem Typhus von grofser Erregtheit befallen wurde, nach dem Vater schrie und denselben zärtlich umarmte. Er war sehr

1) Sander, Archiv f. Psych. Bd. I. S. 389.

2) Kelp, siehe oben.

ängstlich und schlief sehr unruhig. Auffallend war eine bedeutende Steigerung des Geschlechtstriebes; er forderte die eigene Mutter zur Ausübung des Coitus auf. In der dritten Woche beruhigte er sich allmählich und zeigte wieder gute Laune. Doch war er noch sehr reizbar und ungezogen. Nach 8 Wochen besuchte er die Schule wieder, doch hatte die Intelligenz gelitten, so dafs er in eine tiefere Klasse versetzt werden mufste. Seitdem wird es langsam wieder besser. In der Ascendenz und Seitenverwandtschaft waren keine prädisponierenden Erkrankungen vorhanden. Über den Anfall bestand Amnesie. Die Angabe, der Knabe sei ein Sonderling gewesen, scheint trotzdem eine Prädisposition anzudeuten, deren Genese jedoch dunkel bleibt.

Prof. Binswanger beobachtete 3 Fälle:

I. Fall. E. U., 12-jähriges Mädchen, machte mit 6 Jahren eine eitrige, multiple Osteomyelitis durch. Ulcerierende eitrige Knochenherde bestanden noch zur Zeit der Aufnahme. Die Mutter des Vaters und eine Schwester desselben waren geisteskrank. Bei der Aufnahme zeigte sich die Patientin mäfsig entwickelt. Die Stirn war schmal und seitlich abgeflacht, die Ohren waren verschieden geformt, die Mandibulardrüsen etwas geschwollen. Leberdämpfung stark vergröfsert. Grobe motorische Kraft etwas herabgesetzt. Gang etwas breit, nach links schwankend. Kniephänomen und Anconaeusreflex stark gesteigert. Sonst normaler somatischer Befund. Sie ist über Zeitverhältnisse schlecht orientiert. Über ihre Schwestern giebt sie widersprechende Auskunft. In ihrer Umgebung findet sie sich bald zurecht. Doch zieht sie sich nicht selbst an und kämmt sich nicht selbst. Jeder äufsere Eindruck lenkt sie leicht ab. Hört sie sprechen, so fährt sie auf mit einem Schrei: „Was sagst Du? Du willst mir doch nichts thun?“ Sie hält sich für gesund, ist sehr unruhig und antwortet oft verwirrt. Aufser in der Wirtschaft auch mit Rechnen, Lesen und Schreiben beschäftigt, lernt sie leicht, zeigt sich aber sehr unaufmerksam. Sie glaubt, in einer Pension zu sein. Beim Besuch der Eltern ist sie apathisch

und furchtsam. Nach 4 Wochen plötzliche Veränderung, lautes Schreien, zielloses Umherlaufen, schlechter Schlaf und heftige Angst. Sie hört schimpfende Stimmen aus der Wand, antwortet denselben, fühlt sich angefafst und sieht beim Essen andere auf ihren Teller greifen. Der Zustand besserte sich allmählich. Die Hallucinationen steigerten sich noch einigemal. Zuletzt 11 Wochen nach der Aufnahme, wobei sie unter anderem äufserte: „Die bösen Leute sagen, ich sollte zucken", mit den Armen nach der Wand schlug und in raschem Wechsel weinte und lachte. Dennoch beruhigte sie sich, das Körpergewicht nahm stetig zu, und sie verliefs die Anstalt nach 18-wöchentlichem Aufenthalt. Über die Genese dieser Erkrankung ist uns nichts Genaues bekannt, die vorhandenen Degenerationszeichen, wie die abnorme Schädelbildung sind Symptome der erblichen Belastung. Die Osteomyelitis wirkte schwächend auf den Organismus und setzte die Ernährung herab. Der Verlauf und Ausgang entsprechen den oben erwähnten Angaben von Emminghaus.

II. Fall. R. Pf., 16-jähriger Knabe, stammt von einem etwas reizbaren Vater; dessen ältester Bruder leidet an Aufregungszuständen, der zweite starb an Rheumatismus, eine Schwester ist nervös und rührselig. Des Vaters Vater war jähzornig. Die Mutter des Vaters war sentimental und starb an Auszehrung. Die Mutter unseres Patienten ist schwer nervös und leidet an kataleptischen Zuständen. Ein Bruder derselben litt an fixen Ideen. Der Vater der Mutter leidet an Kopfschmerz und Reizbarkeit. Eine Cousine der Mutter ist geisteskrank. 4 Geschwister des Patienten sind gesund. 9 Monat alt, litt er an Pneumonie. Er war stets viel „für sich", äufserst reinlich, eigensinnig, ekelte sich leicht, war von langsamer Auffassung, behielt das einmal Gefafste jedoch fest und grübelte darüber. In der Schule war er fleifsig und gewissenhaft. In Quinta blieb er sitzen. Er war ein mittelguter Schüler. Seine Phantasie war schwach. Körperlich blieb er etwas zurück; doch war er nicht krank. Im Frühjahr 1886 hatte er einen typhösen, gastrisch-nervösen

Zustand. Masturbation wurde nicht beobachtet, jedoch häufige Erektionen und einige unanständige Angriffe auf Mädchen. Ostern 1887 wurde er nach Obertertia versetzt. Im darauffolgenden Sommer zeigte er sich scheu und müde, arbeitete jedoch fleifsig. Anfang Juli kam er in die Ferien und machte sogleich sämtliche Ferienarbeiten. Er sprach sehr wenig und schlief sehr unruhig. In der 2. Woche war er ganz verstört und wurde mit kalten Abwaschungen behandelt. In der 3. Woche wurde er sehr hinfällig, schläfrig, weinerlich, arbeitete nicht, faltete oft die Hände und spielte Choräle. In eine Sommerfrische gebracht, zeigte er sich auch dort sehr matt, afs wenig, jammerte, schlief sehr unruhig und konnte nach einigen Tagen nicht mehr gehen. Bald klagte er über die linke, bald über die rechte Seite und äufserte auch, er sei schlecht. Verfolgungsideen und Schreckhaftigkeit kamen ebenfalls vor. Im Laufe von 2 Wochen besserte sich sein Zustand etwas, besonders körperlich. Am 16. VIII. Aufnahme in die Irrenklinik. Der Gang war taumelnd, schlaff, der Blick trüb, stier, die Augenlider hingen schlaff herab. Auf Anrufen reagierte er spät und blickte den Frager ausdruckslos an. Die Antworten blieben sehr ungenügend, er war benommen, desorientiert. Er stöhnte über Schmerzen und Angst, öffnete den Rock, um sich den Leib frei zu legen. Pupillen mittelweit, träg reagierend. Puls beschleunigt, unregelmäfsig. Arterienspannung oft wechselnd. Sehnenreflexe etwas gesteigert, ebenso der Cremasterreflex. Epigastrischer Reflex sehr gesteigert. 5. Halswirbel etwas, 4.—7. Brustwirbel sehr druckempfindlich. Druckpunkte im Gesicht und an den Rippen, auch Ovariepunkte und Inguinalpunkte. An Zehen und Fingern Hyperästhesie. Gesichtsfeld konzentrisch eingeengt. Im übrigen normaler Befund. Kindlicher Habitus. Im weiteren Verlauf trat öfter Präcordialangst, Druck in der Stirn, Benommenheit, Speichelfluís und grofse Unruhe auf. Er erhob Selbstanklagen und war sehr weinerlich. Der Appetit war gut. Die Perception war verlangsamt, bisweilen kamen automatische Bewegungen, schreckhafte Illusionen und Hallu-

cinationen vor, besonders nachts, wobei Patient in grofse Angst geriet.

Ordo: Bettruhe, Bäder, Brom. Nach einigen Tagen wurde er ruhiger, äufserte wiederholt Krankheitsbewufstsein und wünschte, beschäftigt zu werden. Einmal traten Hallucinationen des Geruchs auf; er glaubte „Ausdünstungen zu riechen". Nach einer Woche Besserung. Amnesie für die gehabten Visionen. Plötzlich traten Kreuzschmerzen, Nackensteife, Gähnen, Aufstofsen, Heifshunger auf. Die linke Gesichtshälfte rötete sich stärker, am linken Scheitelbein waren heifse Stellen, die Kopfhaut hyperästhetisch. Druckpunkte an der Orbita. Flimmern vor den Augen, links ein Flimmerskotom. Stechender Kopfschmerz links. Thränenfluſs, Nebelsehen. Augenbewegungen steigerten den Kopfschmerz. Pupillen gleich weit grofs. Bei geschlossenen Augen Schwindel und Schwankungen nach links. Bei Druck auf die 2 letzten Halswirbel blitzartiger Kopfschmerz. Abends wieder Angst und Hallucinationen. In den nächsten Tagen Nachlassen der Erscheinungen, psychisch ziemlich normales Verhalten. Nach 4 Tagen trat Euphorie, Heiterkeit und Hitzegefühl auf. Auch Kongestionen zu Kopf und Herzen, Verstopfung. Der Schlaf war schlecht, links Ohrensausen, Präcordialangst, Pulsus celer. Dann wieder Weinen, verlangsamte Apperception, Schlaffheit, Schwindelanfälle, Hitze, Brennen in den Augen, inkohärente Reden und Hallucinationen. Einige Tage später wieder Selbstanklagen und Gebete. Er lief öfter aus der Stube, verbarg sich, äufserte Kleinheitsideen, lief nackt umher und zeigte gelegentlich Krankheitsbewufstsein. Unter den Selbstanklagen waren auch solche sexueller Vergehen, wobei er sexuell erregt war. Sein Zustand besserte sich nach mehreren Tagen, und die Stimmung wechselte wieder, er nahm eine überlegene Miene an und lachte. Dabei immer noch inkohärente Reden. Bisweilen trat im Bad grofse Unruhe auf. Die Stimmung wechselte noch öfter in sehr kurzer Zeit, ebenso Ruhe und Unruhe; Angstanfälle, unklare Verfolgungsideen, grofser Durst traten hier und da auf. Drei Wochen nach der Auf-

nahme wurde eine Erweiterung des linken Augenspalts, Insufficienz des Rectus int. links, Weite der linken Pupille bemerkt. Hallucinationen widriger Art waren bis in die 5. Woche sehr häufig. Von da an wurden sie seltener, Patient konnte sich im Freien bewegen, wenn auch Verwirrtheit und Schwindel bisweilen vorkamen. Auch masturbierte er. Nach einer abermaligen Steigerung bis zu Delirien und mit Selbstmordideen kamen Gröfsenideen. Er sah den Himmel offen stehen. In der 9. Woche nach der Aufnahme wurde er wieder klarer, die Stimmung blieb jedoch sehr labil. Hallucinationen und Illusionen traten bis zur 11. Woche auf, auch automatische Gesten und Bewegungen. Nach der 11. Woche schlief er viel, war matt, hatte klares retrospektives Krankheitsbewufstsein, konnte bald leicht beschäftigt werden und besserte sich langsam. Nach 5-monatlichem Aufenthalt siedelte er, fast ganz hergestellt, in eine Erziehungsanstalt über. Wir sehen hier einen erblich stark belasteten Knaben von geringer Begabung, welcher sich sehr anstrengen mufste, um den Anforderungen der Schule zu genügen. Diese Überanstrengung hat höchst wahrscheinlich die veranlassende Ursache abgegeben. Die Psychose zeigt im Anfang viele Anklänge an Melancholie, z. B. Versündigungsideen und Kleinheitswahn, plötzlichen Umschlag der Stimmung etc. Ferner könnte man geneigt sein, aus den einseitigen Kopfschmerzen und Innervationsstörungen, der Nackenstarre und den Kreuzschmerzen auf eine organische Hirnkrankheit zu schliefsen. Doch widerspricht dem die rasche Veränderung dieser Symptome, wie auch andererseits die Angst zum Teil in nicht geäufserten Hallucinationen begründet sein kann. Wenn nun auch Verfolgungsideen, Gröfsenwahn und die massenhaften Hallucinationen und Illusionen zu der Diagnose: akute, hallucinatorische Paranoia berechtigen, so ist es doch kein reiner Fall dieser Krankheit, sondern er trägt schon in gewissem Grade den atypischen Charakter, wie er nach Emminghaus bei erblich schwer Belasteten und bei organischen Hirnkrankheiten öfter vorkommt. Unser Patient bestätigt übrigens die Ansicht

Griesingers, dafs eine Psychose des Kindesalters stets eine Gefährdung der geistigen Gesundheit für später bedeute. Er erkrankte als Soldat an einem Recidiv, welches sich in chronischer Weise hinzog.

III. In einem weiteren Fall traten bei einem 13-jährigen Knaben, M. Kn., religiöse Wahnvorstellungen auf. Auch vorher war er kein normales Kind gewesen. Er litt im 4. Jahre an eklamptischen Zuständen, entwickelte sich körperlich abnorm rasch und war in der Schule gut und eifrig. Doch war er zurückgezogen und träumerisch, in praktischen Dingen äufserst schwerfällig, achtete nicht auf seinen Stuhlgang, sondern hielt ihn zurück, solange es ging, um ihn dann schliefslich an einem beliebigen Ort fallen zu lassen. Schliefslich trat eine gemütliche Depression ein, welche dann in der Pubertät in Paranoia überging. Eine erbliche Belastung ist bei dem abnormen Wesen des Kranken wahrscheinlich.

Die transitorische Form der akuten Paranoia, welche sich wesentlich nur durch ihre kurze, höchstens 2-tägige Dauer von der eigentlichen Psychose unterscheidet, tritt meist mit grofser Intensität, völliger Aufhebung des Bewufstseins, kritischer Entscheidung und völliger Amnesie auf. Sie äufsert sich meist in tobsüchtigen Erregungsaffekten und Verwirrtheit. Reich sah 4 Fälle nach intensiver Kältewirkung, Lechner einen Anfall als Äquivalent für Wechselfieber und Engelhorn einen solchen nach heftigem Schreck. Joachim [1]) sah nach Scharlach bei einem $4^1/_2$-jährigen, erblich belasteten Knaben Apathie, Unruhe und Schweigsamkeit. Er afs nichts, stierte vor sich hin, erkannte niemand und wollte fliehen. Urin und Stuhl liefs er unter sich. Er sah überall Mäuse. Dauer: 2 Tage. Ausgang in Heilung. Weber sah nach Scharlach ähnliche Erscheinungen von 12-stündiger Dauer bei einem erblich Belasteten. Nach Henoch und Joachim fällt die Psychose meist ins Stadium der Defervescenz. Bis-

1) Joachim, Über Psychosen nach Scharlach im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. XXIX. 3 u. 4.

weilen später. Zugleich trat meist ein Kollaps auf. Von der Schwere der vorhergehenden Krankheit ist das Auftreten der Psychose nicht abhängig. Auch entsprechen nicht bestimmte Psychosen bestimmten somatischen Krankheiten. In 64 Proz. der Fälle bestand erbliche Belastung. Die Prognose ist nach Ansicht der meisten Autoren günstig. Ungünstig nach von Krafft-Ebing bei organischen Krankheiten oder erheblicher erblicher Belastung.

Die Gemütsentartung des Kindes besteht in dem dauernden Ausfall der kindlichen Gutmütigkeit und der altruistischen Gefühle. So entstehen Strebungen zur Verwirklichung des Schlechten. Ein tieferes Verständnis der durch die Erziehung beigebrachten moralischen Maximen kann vom Kinde nicht verlangt werden, wohl aber die Verknüpfung der ethischen Begriffe und Maximen mit bestimmten Gefühlstönen, so daſs Befolgung der Gebote und das dafür erteilte Lob erhebend, Übertretung dagegen und Tadel deprimierend wirken. Dieses fehlt bei der Gemütsentartung. Aufserdem ist das Denkvermögen trotz einer gewissen Pfiffigkeit fast immer geschädigt, weswegen dieser Zustand mit gutem Grund auch als „moralischer Schwachsinn“ bezeichnet wird. Fast immer liegt erbliche Belastung vor. Der Verlauf ist ein chronisch progressiver. Für heilbar hält Emminghaus nur manche nach Trauma, Hysterie und Epilepsie entstandene Formen. Konvulsionen und Onanie sind häufig dabei.

Prof. Binswanger beobachtete folgende Fälle:

I. H. Sch., 14-jähriger Knabe. Beide Eltern nervös. Der Vater der Mutter war aufbrausend und ein Sonderling. Mit 7 Jahren hatte Patient eine Hirnentzündung mit Aufregungszuständen. Seitdem ist er schwerhörig. Seit 1 Jahr liefsen die Schulleistungen nach, besonders gegen Pfingsten 1891 hin. Auch geriet er in schlechte Gesellschaft. Nach seinen Angaben hat er von klein auf an Kopfschmerz gelitten und seit einem Jahr öfter „Anfälle“ gehabt, wobei es ihm übel wurde, Leib und Kopf schmerzten, und er sich auf dem Boden wälzen mufste. Zugleich Speichelflufs und Er-

brechen. Branntwein will er erst kurz vor Pfingsten zu trinken begonnen haben. Seit derselben Zeit trieb er auch Masturbation. Seine Erziehung war keine sorgfältige. Kurz vor Pfingsten nach einer Erkältung phantasierte er und klagte heftigen Kopfschmerz. Dies währte 3 Tage; danach war er geistig verändert, arbeitete wenig, trieb sich herum, sogar in der Nacht, legte sich unter, statt in das Bett, war störrisch, mürrisch und boshaft. Widerspruch und Strafen reizten ihn zur Wut. Von anderen Buben liefs er sich zu schlechten Streichen anstiften. Er schlief unruhig, afs stark und trank viel, besonders gern Branntwein. In der Schule von jeher faul und unaufmerksam, that er sich mit der Zeit durch Lügen und tückisches Wesen immer mehr hervor. Seit Pfingsten 1891 haben sich die Unarten sehr gehäuft. Er onanierte, versuchte angeblich auch unanständige Handlungen an Mädchen, stahl in dreister Weise und warf dem Lehrer die Fenster ein. Auch soll er gewaltthätig gegen seine Geschwister gewesen sein und Tiere gequält haben. Bei der Aufnahme am 19. I. 1892 war er mäfsig entwickelt und genährt. Das Gesicht links etwas röter. Genitalien kindlich. Kniephänomen fehlend. Gesichtsausdruck natürlich. Alle Fragen wurden prompt beantwortet. Seit Pfingsten, äufserte er, wäre er unruhig, weil seine Brüder gestorben seien. Er habe seitdem immer Kopfschmerz und Angst, als ob die Brüder kämen. Zum Lernen hätte er keine Lust mehr, weil es ihm schwer falle. Von der Gehirnentzündung behauptete er nichts mehr zu wissen. Die Diebstähle gab er zu, wollte jedoch zu denselben durch Mitschüler verleitet worden sein. Im Anfang seines Aufenthaltes fiel eine Verlangsamung vieler Denkprozesse auf (z. B. beim Rechnen). Im weiteren Verlauf verschwand diese allmählich.

Bei diesem wahrscheinlich erblich belasteten Knaben scheint die Gehirnentzündung den Anstofs zum moralischen Verfall, der durch keine gute Erziehung aufgehalten ward, gegeben zu haben. Die Intelligenz, von vornherein schwach, nahm weiter ab bei der Exacerbation, welche in die sog.

Flegeljahre fällt, eine Zeit, die schon physiologisch einen gewissen Hang zu allerlei Unarten aufweist. Diese Unarten zeigen sich bei unserem Patienten nur verstärkt und der Besserung durch Strafen wenig zugänglich. Doch spielte wohl auch die Anstiftung durch andere Buben, der er infolge seines Schwachsinns leicht nachgab, bei seinen schlechten Streichen eine grofse Rolle. Wenn sich so der Grad der Gemütsentartung besonders wegen der Unsicherheit aller Angaben der genaueren Beurteilung entzieht, so kennzeichnen doch schon die konvulsivischen Anfälle und der Kopfschmerz den Zustand als einen krankhaften, als moralischen Schwachsinn mäfsigen Grades.

II. E. St., 10-jähriger Schüler, unehelich geboren. Mutter der Mutter etwas nervös. In den ersten Lebensjahren soll er Krämpfe gehabt haben. Mit 2 Jahren lernte er laufen und sprechen. 5 Wochen vor Pfingsten 1890 wurde bemerkt, dafs er Geld stahl und Leckereien kaufte, während er früher Einkäufe sehr gewissenhaft besorgte. Bis Ostern lernte er noch leidlich in der Schule und zeigte sich erst danach ungezogen und unaufmerksam. Er hat weder lesen, noch schreiben, noch rechnen gelernt. Masturbation wurde beobachtet. Er zeigte ein zänkisches Wesen. Einfache Fragen wurden meist gar nicht beantwortet. Er machte einen dementen Eindruck, sprach viel vor sich hin, dafs er fort müsse, war unruhig, trieb sich herum, afs und trank nicht. Zur Zeit der Aufnahme (12. VIII. 90) war er wenig entwickelt und mäfsig genährt. Rechte Schädelstenose; die meisten Reflexe leicht gesteigert. Nur die einfachsten Fragen wurden beantwortet. Er war im weiteren Verlauf oft ungezogen, neckte und ärgerte die anderen und masturbierte. Er wurde mit leichter Arbeit beschäftigt und erhielt Unterricht. Rechnen konnte er nur sehr wenig. Er war meist eifrig, doch bisweilen zerrifs er die Blätter. Einen anderen Kranken überfiel er heimtückisch und mifshandelte ihn. Strafen halfen nur ganz kurze Zeit. Er log und war oft sehr liederlich und widerspänstig. Nach 10 Monaten war er noch sehr wenig

gebessert, äffte den Mitpatienten nach, belog und erschreckte sie. Auf Fragen antwortete er oft nur mit einer Grimasse und rechnete Aufgaben absichtlich falsch unter tückischem Grinsen. Seine Fortschritte blieben sehr gering. Am liebsten trieb er sich herum. Schmutzig war er und näfste oft ein; seine Ausreden verrieten wenig Schlauheit. Er wurde ungebessert entlassen. Einige Monate später polizeilich wieder eingeliefert, war er noch ganz der alte, hatte mit Feuer gespielt und durch Klettern auf einem Brückengeländer sich in Lebensgefahr gebracht.

Auch dieser Patient scheint erblich belastet und ist schwachsinnig. Das moralische Irresein scheint ziemlich rasch und ohne ersichtlichen Grund exacerbiert zu haben, einhergehend besonders mit grofser Unruhe, Bosheit bis zu brutalen Angriffen und Faulheit. Von Konvulsionen und Masturbation, diesen so häufigen Begleiterscheinungen des moralischen Schwachsinns, wird auch bei unserem Patienten berichtet.

Schon die eben betrachtete Gemütsentartung gehört, sofern sie fast ausnahmslos mit einer angeborenen oder in den ersten Lebensjahren erworbenen Schwäche der Intelligenz verknüpft ist, zu den stationären Schwachsinnsformen, d. h. zu denjenigen Zuständen psychischer Schwäche, welche keinen fortschreitenden Krankheitsprozefs darstellen, sondern stationär bleiben. Sie werden nach dem Grade der Entwicklungshemmung in Debilität, Imbecillität und Idiotie geschieden. Da sich das öffentliche Interesse diesen sehr häufigen Schwächezuständen frühzeitig zuwandte, sind sie schon längst genau studiert worden. Sie bestehen nach Emminghaus' Darstellung in chronischer Schwäche des Intellekts mit bestimmten Anomalien der Gefühle und Strebungen. Besonders abstrakte Begriffe werden nicht oder nur sehr mangelhaft gebildet. Dabei kommen einseitige Begabungen, z. B. eine bedeutende Gedächtnistreue, vor. Von den Gefühlen und Strebungen sind die altruistischen am stärksten abgeschwächt; in schweren Fällen fehlen auch die egoistischen Gefühle fast ganz. Bei

der eigentlichen Idiotie kann man eine aufgeregte Form mit grofsem Bewegungsdrang und eine torpide Form unterscheiden. Wildermuth erwähnt eine Varietät des Schwachsinns, bestehend in verhältnismäfsig geringer Intelligenzschwäche und hochgradiger motorischer Sprachstörung. Mit Epilepsie ist die Idiotie oft kombiniert. Die häufigste Ursache der letzteren bildet erbliche Belastung durch Psychosen, Neurosen, Lues, Potatorium und starke Erschöpfung der Eltern. Die Entwicklung kann auch anfangs normal oder sogar sehr rasch vor sich gehen, um dann plötzlich stehen zu bleiben oder sich rückzubilden. Folgende Fälle von Idiotie, welche die leichtesten und die schwersten Formen derselben illustrieren, wurden von Prof. Binswanger beobachtet:

I. H. Br., 4-jähriges Mädchen, unehelich geboren. Der Vater starb an Tabes. Die Mutter ist gesund. Ein Bruder starb an Zahnkrämpfen. Die Geburt verlief normal. Das Kind wurde von einer Hebamme nachlässig erzogen, war oft unreinlich und sprach weniger, als andere Kinder. Die Untersuchung ergab Hypertrophie der Mandeln, Ekzem am rechten Mundwinkel, Rhinitis, erhebliche Schwellung der Mandibulardrüsen, geringe Vergröfserung der Inguinaldrüsen und Genu valgum. Schmerzempfindlichkeit der Haut sehr herabgesetzt. Die Patientin war sehr schüchtern und antwortete nicht, kam jedoch jeder Aufforderung prompt nach. Abgebildete Haustiere erkannte sie richtig. In der Umgebung fand sie sich bald zurecht und konnte sich allein anziehen. Einmal näfste sie ein. Zuweilen war sie unfolgsam, meist heiter und ausgelassen. Der Schlaf war durch die Rhinitis gestört, der Appetit gut. Die Zahlen beherrschte sie nur bis 2. Ob hierbei hereditäre Lues mitspielt, ist nicht zu entscheiden. Eine erbliche Belastung liegt jedenfalls vor, und eine nachlässige Erziehung trug vielleicht auch mit zum geistigen Zurückbleiben des Kindes bei.

II. E. K., 7-jähriger Knabe. Vater gesund. In dessen Seitenverwandtschaft findet sich Idiotie und Hydrocephalus. Mutter seit der Erkrankung unseres Patienten nervös. Mutter

der Mutter phthisisch; ein Bruder starb als kleines Kind an Krämpfen. Bei der Geburt acquirierte Patient ein starkes Cephalhämatom. An Konvulsionen litt er öfter und zwar immer bei Gelegenheit somatischer Krankheiten. Mit 2 Jahren lernte er gehen. Er näfst bis jetzt allnächtlich ein. Mit dreiviertel Jahren soll er klüger als jetzt gewesen sein. Der Schädel ist links leicht skoliotisch, die Stirn äufserst schmal. Die Zähne stehen zum Teil schief und unregelmäfsig. Die Testikel verschwinden schon bei leichtem Druck im Leistenkanal. Augenspalten beiderseits schiefgestellt. Strabismus convergens. Gang breit, Hahnentritt. Fast nur das linke Bein schreitet aus. Willkürbewegungen des rechten Armes ungeschickt, oft excessiv und seitlich abweichend. Sehnenphänomene gesteigert. Bei Berührung heftige Abwehrbewegungen. Sonst somatisch normaler Befund. Anfallsweise zahlreiche, unwillkürliche, koordinierte, bei Willkürbewegungen sich verstärkende arythmische Beugungen und Streckungen der Zehen und Finger. Dabei Flexion und Anziehen des Oberarms, 12—15mal im Anfall. Dazwischen Intervalle von 1 Minute bis 1 Stunde. Die Bewegungen beiderseits synchron. Er begleitet dieselben oft mit Pfeifen, Jauchzen, Vorstrecken der Lippen. Oft wälzt er die Zunge, öffnet gähnend oder stöhnend den Mund und runzelt die Stirn. Im Schlaf cessieren die Bewegungen; durch starke Sinnesreize werden sie gehemmt, nicht aber durch schwache. Patient ist sehr lebhaft, greift nach jedem auffallenden Gegenstand und gestikuliert, reibt sich hier und da, schüttelt den Kopf, klatscht in die Hände, beifst ins Betttuch etc. Oft lacht er und stöfst unartikulierte Laute aus. Die motorische Unruhe hält fast den ganzen Tag an und er mufs gefüttert werden. Bei der Untersuchung weint er. Der Abschied der Eltern macht wenig Eindruck. Die Sprache fehlt gänzlich, den einfachsten Aufforderungen kommt er nicht nach. Laut angerufen, horcht er auf. Er ist oft sehr unreinlich. Bei diesem Kranken liegen die intellektuellen Funktionen gänzlich darnieder, und auch von Gemüt sind nur verschwindende Reste vorhanden.

Dies und der starke Bewegungsdrang charakterisieren diesen Fall als eine schwere Idiotie der aufgeregten Form. Die näheren Umstände der Aetiologie entziehen sich der Beurteilung. Doch ist eine erbliche Belastung wahrscheinlich und die Bildung der Zähne läfst an kongenitale Syphilis denken.

III. Der oben erwähnten Wildermuth'schen Form der Idiotie kommt folgender Fall nahe. H. M., 7-jähriges Mädchen. Sie wog bei der Geburt 8 Pfund und war sehr grofs, aber schon damals sehr empfindlich und schreckhaft. Auch konnte sie nicht ordentlich schlucken. Den Ärzten fiel ihre Kopfbildung auf. $^3/_4$ Jahr alt, hatte sie Krämpfe. Über 1 Jahr alt, konnte sie den Kopf noch nicht halten und entwickelte sich gar nicht. Erst mit 3 Jahren lernte sie laufen, blieb aber darin stets unsicher. Erst mit 5 Jahren begann sie, feste Nahrung zu nehmen und aus einer Tasse zu trinken. Im 3. Jahr, weiter im 6. und 7., hatte sie bei Gelegenheit eines Bronchialkatarrhs Krämpfe. Über Personalien war sie stets gut orientiert. Gedächtnis und Beobachtungsgabe waren scharf. Bei einem Wiedersehen nach 2 Jahren vermifste sie sofort die Brille, welche die betreffende Person früher getragen hatte. Sie weifs genau, wo alle Sachen liegen, bemerkt stets, wenn jemand etwas vergessen hat, und bringt es ihm nach. Auch sonst macht sie sich durch kleine Dienstleistungen nützlich. Sie ist neugierig, spielt ruhig, aber nie lange mit demselben Gegenstand. Im ganzen gutartig, gerät sie doch bisweilen in Zorn. Gegen Schmerzen ist sie sehr unempfindlich. Sie spricht 7 Worte deutlich, doch findet sie nicht immer das verlangte Wort. Auf Bildern erkennt sie alles und Vorgelesenes versteht sie zum gröfsten Teile.

Wir sehen eine relativ geringe Intelligenzschwäche und starke motorische Sprachstörung bei einem mit Hydrocephalus geborenen Kinde; von Hydrocephalus, den wir wohl für die angeführten Störungen verantwortlich machen müssen, erwähnt Wildermuth nichts, während die sonstige Schilderung

jener besonderen Form des Schwachsinns auf unseren Fall ziemlich genau zutrifft.

Das Vorkommen der progressiven Paralyse im Kindesalter läfst Emminghaus in dubio. Er führt nur 4 in der Litteratur beschriebene Fälle, welche als Paralyse angesprochen wurden, kurz an.

Strümpell [1]) beobachtete eine solche bei einem 13-jährigen Mädchen. Der Vater war syphilitisch. Das Kind war schwächlich und hatte öfters Hautausschläge. Im 13. Jahre trat zuerst ein Anfall ein, in welchem die Glieder rechts steif und gefühllos wurden. Bei einem zweiten Anfall ging vorübergehend die Sprache verloren. Die Anfälle dauerten $^1/_2$—1 Stunde und kehrten alle 3—4 Wochen wieder. Seit dem 1. Anfall waren geistiger Verfall und Sprachstörung eingetreten, war der Gang unsicher geworden und hatte das Kind zeitweise über Schmerzen in den Seiten geklagt. Bei dem 13-jährigen Mädchen bestehen beträchtlicher Schwachsinn, Silbenstolpern, charakteristische Störungen der Schrift, Zucken der Gesichtsmuskeln und der Zunge, Differenz der auch reaktionslosen Pupillen, Ataxie der Beine, Fehlen des Kniephänomens, leichte Blasenstörungen und Analgesie.

Die Epilepsie des Kindesalters schädigt nach Wildermuth das geistige Leben in mindestens 80 Prozent der Fälle und zwar um so mehr, je früher sie auftritt. Am gefährlichsten ist die nach Trauma und akuten Krankheiten entstandene Epilepsie. Die psychischen Störungen sind nach Emminghaus chronische oder interkurrente. Bei progressivem Verlauf der ersteren entstehen Entartungszustände in erster Linie der Intelligenz, in zweiter aber auch der ethischen Gefühle. So entsteht das Bild des Schwachsinns, oft mit Zwangsideen, allerlei Bizarrerien oder auch mit Hallucinationen und Wahnideen verbunden. Gehäufte Anfälle können auch akut auftretende heilbare Zustände herbeiführen, welche der Dementia acuta sehr ähnlich sind. In einer Anzahl von Fällen tritt

1) Strümpell, Neurol. Centralblatt VII. 5.

Gemütsentartung auf und zwar mit oder ohne epileptischen Schwachsinn. Die interkurrenten Psychosen können epileptische Äquivalente darstellen oder präepileptisch, postepileptisch und von protrahiertem Verlauf sein. Jene kurzdauernden Formen können als Aufregung event. mit Hallucinationen, als Somnambulismus, als kataleptische Starre und endlich als Angst mit Delirium, Furor, Aphasie imponieren. Das protrahiertere Irresein kann sich als Manie, furiose Aufregung, akuter Blödsinn äufsern.

Professor Binswanger sah folgende Fälle epileptischer Demenz bei Kindern:

I. Fall. A. S., 8-jähriges Mädchen. In der Ascendenz kommen mehrfach Magenleiden vor. Mit 2 Jahren lernte sie laufen und sprechen. Im 3. Jahre kommen ohne besondere Veranlassung Krampfanfälle leichter Art jeden 3. Tag, um nach 6 Wochen aufzuhören. Vor 3 Jahren abermals Anfälle, welche sich auf Zwinkern des rechten Auges beschränkten, täglich 2—3mal kamen und nach 3 Monaten ohne Behandlung wieder wegblieben. 3 Monate vor der Aufnahme zeigten sich wieder leichte Anfälle und zwar täglich 2 — 3, nachts 4—5. In der Schule war sie gut und fleifsig. Keine Enuresis, keine Charakterveränderung. Sie war gut genährt und somatisch gesund. In der Anstalt erwies sie sich als geweckt und übermütig, über Personalien gut orientiert; Aufforderungen kam sie prompt nach. Doch löste sie kleine Rechenaufgaben meist falsch. Sie masturbierte viel.

Ordo: Bromsalz. Nach 4 Wochen blieben die zum Teil abortiv verlaufenden Anfälle aus. Bisweilen log sie, war oft ungezogen, beim Lernen äufserst träge und sehr vergefslich. Obgleich die Anfälle, wie wir sahen, leicht waren, führten sie doch durch ihre Häufigkeit zu einer Schädigung der Intelligenz, die sich, wie gewöhnlich, zuerst in Gedächtnisschwäche und geistiger Trägheit äufsert, während auch leise Andeutungen beginnender Gemütsentartung bereits vorhanden sind. Wahrscheinlich ist dies ein noch heilbarer Zustand.

II. Fall. E. G., 11-jähriges Mädchen. Erbliche Belastung

nicht nachweisbar. In der Schule zeigte sie sich fleifsig und befähigt. Epileptische Anfälle traten auf kurz nach einem heftigen Schreck im 10. Lebensjahr. Anfangs alle 5—6 Wochen, allmählich häufiger und zuletzt jeden Abend im Bett auftretend, wirkten sie bald störend auf das Gemüt ein. Sie wurde launisch und eigensinnig. Das Bewufstsein ging im Anfall meist verloren. Bei der Aufnahme am 20. VII. 84 erwies sie sich als gut entwickeltes, etwas anämisches Kind. Sie machte den Eindruck guter Begabung, beantwortete alle Fragen normal. Für gewöhnlich zutraulich und einschmeichelnd, war sie Fremden gegenüber ängstlich. Von ihren Angehörigen trennte sie sich nur schwer und befreundete sich bald mit ihren Mitkranken. Innerhalb der 3 Monate bis zur Entlassung hatte sie nur einen Anfall mit $^1/_2$-stündlicher Bewufstlosigkeit. Doch zeigten sich anfangs mehrere Male Zustände leichter Benommenheit mit Selbstgesprächen. Angerufen und geweckt, wufste sie nichts davon. Sie bekam Unterricht, machte gute Fortschritte und war fleifsig. Das Gedächtnis war gut. Hin und wieder war sie unfolgsam und ungezogen; bei Zurechtweisung leugnete und weinte sie. Einige Wochen nach der Entlassung kamen wieder Anfälle und zwar 3—4 in einer Nacht, mit lautem Schreien verbunden. Sie wurde am 19. IV. 85 wieder eingeliefert und blieb 3 Monate. Unter dem Einflufs der Behandlung hatte sie nur in 3 Nächten Anfälle. Sie sehnte sich anfangs nach den Eltern, beruhigte sich jedoch bald und beschäftigte sich mit Stricken und Lesen. 5 Jahre später erfolgte wegen gehäufter Anfälle und zunehmendem Jähzorn mit Schimpfen eine dritte Aufnahme. Die Menses waren damals bereits eingetreten, so dafs die Krankheit damit den Rahmen der Kindheit verläfst. Sie war oft aufgeregt und weinerlich, litt viel an Kopfschmerz und Präcordialangst und sah nachts schwarze Gestalten. Bisweilen war sie zänkisch, empfindlich und prätentiös. Die Intelligenz war mäfsig, das Rechnen etwas gestört. Die Aetiologie der Erkrankung ist dunkel. Der erlittene Schreck als alleinige Ursache ist kaum denkbar, obgleich Moreau derartiges nach

einigen sehr aphoristisch geschilderten Beispielen für möglich hält. Das Affektleben erscheint hier in höherem Grade verändert als die Intelligenz. Erst launisch und eigensinnig, später jähzornig und zum Schimpfen geneigt, bekam sie schliefslich Angstanfälle, Hallucinationen und Aufregungszustände, während die Intelligenz bis auf eine leichte Erschwerung des Rechnens nicht wesentlich alteriert erschien.

III. Fall. A. Th., 10-jähriges Mädchen. Stammt von phthisischem Vater, der durch Suicidium starb. Die Mutter leidet öfters an Kopfschmerz. 27 Wochen alt, erkrankte Patientin an Darmkatarrh mit Krämpfen und war 8 Tage links gelähmt. Eine Woche danach Hirnentzündung von 3-wöchiger Dauer. 2 Jahre alt, bekam sie Diphtherie und Scharlach, darauf Gelenkrheumatismus, Pneumonie, Magenkatarrh, Nephritis. Die jetzige Krankheit begann im 7. Lebensjahre mit Krampfanfällen, verbunden mit Leibschmerzen, Grimassieren, Blauwerden. In den ersten 3 Wochen 2—3mal täglich, darauf 10—14mal mit steigender Heftigkeit. Dann setzten die Anfälle $^1/_2$ Jahr aus, um dann wie vorher aufzutreten. Das Gedächtnis nahm ab, sie wurde ungezogen und unruhig. Zwischendurch traten Varicellen und Otitis media mit hohem Fieber und Eiterung auf. Am 8. VII. 91 Aufnahme. Die Patientin war mäfsig entwickelt und schlecht genährt. Die hervorgestreckte Zunge zitterte und wich nach rechts ab. Sehnenreflexe leicht gesteigert. Cervicaldrüsen geschwollen. Somatisch sonst normaler Befund. Sprache etwas stotternd, Schrift unbeholfen, aber fest. Gesichtsausdruck gleichmütig. Über Zeitverhältnisse zeigte sie sich schlecht orientiert, war sehr unaufmerksam und unruhig, das Gedächtnis für Erlerntes teilweise defekt, der Appetit gut. Vom 11. VII. bis 9. IX. kamen 23 Anfälle meist ohne Veranlassung von $^1/_2$—2 Minuten Dauer. Sie war oft sehr widerspänstig und ungezogen, doch dem Arzt gegenüber schlau und einschmeichelnd. Die Fortschritte im Lernen waren sehr langsam.

Wir haben hier bei einem vielleicht erblich belasteten

kränklichen Kinde eine Reihe schwerer Erkrankungen, darunter eine Otitis media, welche bei der Genese von Gehirnaffektionen oft genug eine Rolle spielt. Die so entstehende Epilepsie trat mit massenhaften Anfällen auf und führte dadurch zu den typischen Veränderungen der Intelligenz und des Gemütslebens.

IV. Fall. E. L., 12-jähriger Knabe. Über erbliche Verhältnisse nichts bekannt. Wurde 7 Wochen in der medizinischen Klinik wegen Epilepsie behandelt und hat dort gestohlen und allerlei Unfug verübt. Er war kräftig entwickelt. Die Herztöne waren unrein, der Puls 112, arythmisch. Gaumensegel mifsgebildet und daher nasale Sprache. Er machte einen dementen Eindruck. Lesen und Schreiben ziemlich gut. Rechnen schlecht. Über Zeitverhältnisse schlecht orientiert. Will von früher Kindheit an Krämpfe gehabt haben. Im ersten Monat nach der Aufnahme kamen die Anfälle häufig, bis zu 6 an einem Tage. Dabei schrie er und stürzte hin. Bisweilen machte er Dummheiten, neckte die andern und stahl wie ein Rabe. Das Gedächtnis war schwach, das Lernen fiel ihm schwer. Turnen und Singen liebte er. Später bei regelmäfsigem Unterricht zeigte er sich recht schwach beanlagt. Nach 4 Monaten kamen immer noch heftige Anfälle und war er jähzornig, sowie stets geneigt zu stehlen.

Obgleich bei diesem Patienten die Erblichkeitsverhältnisse unbekannt sind, scheint doch der Entwicklungsfehler des Gaumens auf eine Entartung hinzudeuten. Jedoch, da er Lesen und Schreiben gelernt hatte, war sein geistiger Zustand früher ein besserer gewesen, die Veränderung zum Schlechten also auf Rechnung der Epilepsie zu setzen. Auffallender, als die Schädigung der Intelligenz, ist diejenige des Gemüts, besonders der Hang zum Stehlen. Wir haben hier fast das typische Bild der Gemütsentartung in Folge von Epilepsie.

V. Fall. A. W., 15-jähriger Knabe. Ein Bruder des Vaters hatte als Kind Chorea. Sonst keine erblich belastenden Momente nachweisbar. Geburt normal. In der Schule,

welche er bis zum 12. Jahre besuchte, hatte er sehr gute Censuren. Vom 3.—6. Jahr litt er an Krämpfen. Im 10. Jahr begannen sie wieder. In demselben litt er 4 Monate an Chorea. Bei der Aufnahme war er mäfsig entwickelt. Stirn lateral winklig abgebogen. Mundspalte zieht von rechts unten nach links oben. Tremor manuum; Kniephänomen, Anconaeus- und Achillessehnenreflex gesteigert. Sonst normaler, somatischer Befund. In den ersten Tagen nach der Aufnahme zahlreiche Anfälle mit Verlust des Bewufstseins. Dauer: 1—2 Minuten. Unter dem Einflufs der Brommedikation bestanden die Anfälle bald nur noch in einem Aufschnellen. Zwischen den Anfällen lag er apathisch da und antwortete langsam und mürrisch. Ab und zu war er widerspenstig. Am 11. Tage cessierten die Anfälle, doch verlor er abends das Bewufstsein für 2 Stunden. Zugleich Schweifs, Nystagmus und Augenzwinkern. Im weiteren Verlauf gingen den Anfällen dieser Art meist schreckhafte Hallucinationen vorauf. Mehrmals verfiel er in soporösen Zustand. Auch acquirierte er im Laufe der Anstaltsbeobachtung einen akuten Gelenkrheumatismus mit akuter Endocarditis. Während der letzteren hörten die epileptischen Anfälle auf und an ihre Stelle traten choreatische Bewegungen. Wochenlang bot der Kranke das Bild eines gewöhnlichen Veitstanzes. Im Schlaf blieben die Bewegungen weg. Später kamen zwischen den choreatischen Zuständen einige epileptische Anfälle vor. In der 6. Woche war er wieder klar, jedoch sehr unruhig und Sinnestäuschungen sowie Wutanfällen unterworfen. In der 9. Woche besserte sich sein körperliches Befinden sehr. Seine linke Pupille war stets weiter als die rechte; die Zunge zitterte fibrillär. Anfälle kamen noch häufig, doch begannen sie in der 14. Woche oft abortiv zu verlaufen. Er zeigte sich zänkisch und mürrisch. Rechnen konnte er leidlich, sonst war er sehr urteilsschwach und das Gedächtnis defekt. Mehr und mehr entwickelte sich bei ihm grofse Ungezogenheit und Lust am Necken und Lügen. Strafen besserten nichts. Die Anfälle wurden bisweilen durch leichte Benom-

menheit ersetzt, wobei er zusammenfuhr und ängstlich vor sich hin starrte. Sein moralisches Verhalten blieb schlecht. Er plagte und schimpfte die anderen. Schliefslich wurde er ungeheilt entlassen.

Auch hier sehen wir bei einem gesunden Kinde infolge sehr früh auftretender Epilepsie eine Schwächung des Gedächtnisses, der Urteilskraft und moralische Entartung. Aufserdem epileptische Äquivalente in Gestalt von choreatischen Zuständen und Hallucinationen.

VI. Fall. C. G., 12-jähriger Knabe. Der Vater leidet an Kopf- und Genickschmerzen, Angst, Weinerlichkeit und Zerstreutheit. Die Mutter ist „etwas schwach im Kopf". Deren Mutter war trübsinnig. Ein Bruder litt im ersten Lebensjahr an Krämpfen. 6 Jahre alt, hatte er ohne ersichtliche Veranlassung zwei epileptiforme Anfälle an demselben Tage. Im 9. Jahre stürzte er aus ziemlicher Höhe und war einige Zeit bewufstlos. Mit 11 Jahren, kurz nach einem heftigen Schrecken, bekam er Anfälle anderer Art als die früheren. Er schrie plötzlich und lief einige Schritte vor. Solche kamen alle 3 Tage und waren sehr kurzdauernd. In der Zwischenzeit war er mifsmutig und langsam. Nach einigen Wochen nahmen die Anfälle typisch epileptischen Charakter an. Seitdem blieb er in der Schule zurück, war schwer besinnlich und sprach schleppend. Das Gesicht trug einen blöden Ausdruck. Aufser den epileptischen traten andere Anfälle grofser motorischer Unruhe mit Schreien und Umherlaufen auf. Zuerst wurde er 6 Wochen in der medizinischen Klinik behandelt und eine Narbe am Hinterkopf excidiert, wobei eine Eiterung mit Fieber entstand. Dort wurde auch eine linksseitige Facialisparese und allgemeine Hyperästhesie der Haut konstatiert. Bei der Aufnahme in die Irrenanstalt am 21. V. 90 erwies er sich als mäfsig entwickelt. Die Stirn prominierte links stärker, die Zähne standen unregelmäfsig. Sehnenreflexe etwas gesteigert. Sprache langsam und schwerfällig. Somatisch sonst normaler Befund. Gesichtsausdruck ziemlich lebhaft. Rechnen mäfsig. Über Personalien war er

gut, über Zeitverhältnisse schlecht unterrichtet. Für andere Fragen hatte er sehr wenig Verständnis. Für die Anfälle bestand Amnesie. Dieselben kamen anfangs häufig, bis 4 an einem Tage, bald epileptische, bald Prokursivanfälle. Er näfste auch aufserhalb der Krämpfe öfters ein. Beim Gehen hing er nach rechts. Hochgradige Hypalgesie trat auf, auch Zustände von Benommenheit mit unverständlichem Sprechen. Schliefslich mufste er gefüttert werden. Die Anfälle wurden dann seltener und hörten nach 4 Wochen auf.

Wir haben hier bei einem erblich belasteten Individuum Epilepsie, vielleicht infolge von Trauma. Die Intelligenz ist mäfsig gestört. Ob die Prokursivanfälle die Bedeutung epileptischer Äquivalente besitzen, oder ob sie als Zwangsimpulse, wie sie beim epileptischen Schwachsinn vorkommen, aufzufassen sind, wage ich nicht zu entscheiden.

In vielen Fällen tritt Epilepsie als Begleiterscheinung angeborenen Schwachsinns auf, besonders wenn organische Hirnerkrankungen die Ursache desselben sind. Bei sehr frühzeitig sich einstellender Epilepsie ist es oft schwer zu entscheiden, ob Idiotie und Epilepsie nebeneinander als Äufserungen der Erkrankung bestehen, oder ob der Schwachsinn sein Entstehen der Epilepsie verdankt. So verhält es sich z. B. bei folgenden Fällen:

F. S., 12-jähriger Knabe. Die Mutter seines Vaters starb anscheinend an einem Hirnleiden, der Vater der Mutter an Phthise. Die Mutter ist leicht erregt und leidet oft an Kopfschmerz. Sie stürzte im 6. Monat der Schwangerschaft von einer Leiter. Mit 2 Jahren bekam er zuerst Krämpfe mit Verlust des Bewufstseins von angeblich 2-stündiger Dauer. Seitdem kamen sie oft; bald mehrmals am Tage, bald mit Pausen bis zu 2 Wochen. Nach jedem Anfall beschäftigte er sich in läppischer Weise mit seinen Kleidern, sammelte allerlei Dinge und summte vor sich hin. Antwort gab er selten und erschien geistig wenig entwickelt. Bei der Aufnahme war er schlecht genährt, die Stirn vorspringend, das Hinterhaupt abgeflacht, Ekzem in den Nasolabialfalten, Mund

und Kinn stark asymmetrisch. Linke Facialisinnervation etwas energischer, Zunge zitternd und nach links abweichend, sämtliche Reflexe etwas gesteigert, Sprache sehr schwerfällig. Gesichtsausdruck stumpf. Über Zeitverhältnisse war er schlecht orientiert. Schreiben und Lesen gingen leidlich. Seine Kenntnisse erwiesen sich als sehr dürftig; den Arzt duzte er. Sonst war er zutraulicher Natur. Unter Bromtherapie nahmen die Anfälle an Zahl rasch ab; er mufste nach $3^1/_2$ Wochen bereits entlassen werden.

W. R., 6-jähriger Knabe. Die Grofsmutter väterlicherseits starb an Auszehrung. Eine Halbschwester der Mutter starb im Irrenhaus. Im Herbst 1890 verletzte er sich eine Hand. Die Narbe blieb empfindlich. Im Oktober darauf Kribbeln in der Narbe und kurz darauf leichte epileptische Anfälle. Die Excision der Narbe nützte nichts. Die Anfälle traten zuletzt stündlich auf. Seit den letzten 14 Tagen vor der Untersuchung waren sie auch schwerer. Die Zunge ist seitdem wie gelähmt. Status am 14. XI. 91. Gut entwickelter und genährter Knabe. Hinterhaupt rechts abgeflacht. Die Zunge weicht nach rechts ab. Mundöffnen links stärker. Reflexe etwas gesteigert. Sonst normaler Befund. Die Intelligenz erscheint gering; er weifs z. B. seinen Geburtstag nicht. Zuckungen des rechten Levator labii und Orbicularis oculi. 5 Monate später zweite Untersuchung und Aufnahme. Er war leicht benommen. Die linke Facialisinnervation überwog. Das rechte Bein war schwächer als das linke. Er schwankte nach links, setzte den rechten Fufs stampfend und mit der Ferse zuerst auf. Ataxie des rechten Armes. Reflexe etwas gesteigert. Gesichtsausdruck weinerlich. Bei der Untersuchung jammerte er öfter. Über Personalien zeigte er sich gut unterrichtet. Leichte Rechenaufgaben wurden teilweise falsch gelöst. Appetit schlecht. Er hatte täglich mehrere Anfälle. Innerhalb 4 Wochen insgesamt 287. Sie waren ziemlich heftig und dauerten 1—2 Minuten. Zwischen denselben bestand zeitweise Somnolenz und auch Schluckstörung. Nach 4 Wochen wurden die An-

fälle schwächer. Er erkannte die Umgebung wieder klar. Druck aufs linke Scheitelbein war schmerzhaft. Im Verlaufe von 3 weiteren Wochen kehrte das Bewufstsein nach den Anfällen gleich wieder, er ging, spielte und war lebhafter, sprach aber noch sehr undeutlich. Beim Besuch der Eltern weinte er. Gelegentlich machte er Dummheiten. Vereinzelt kamen noch Zuckungen einzelner Glieder vor. Nach 9 Wochen währendem Anstaltsaufenthalt Entlassung.

Die Narbe scheint an der Epilepsie jedenfalls unschuldig zu sein. Patient zeigte von Anfang an geringe Intelligenz. Für eine organische Hirnerkrankung sprechen die motorischen, einseitigen Störungen.

In manchen Fällen übt die Epilepsie trotz heftigen Auftretens keinen nennenswerten Einfluſs auf das psychische Leben aus; so im folgenden Fall:

M. B., 13-jähriges Mädchen. Vater asthmatisch. Die Mutter hatte 2 Aborte. Mit 15 Wochen litt Patientin an Keuchhusten, lernte mit 1 Jahr laufen, aber etwas spät sprechen. Enuresis bis ins 3. Jahr. Mit $5^1/_2$ Jahren zeigten sich zuerst Anfälle. Anfangs 3—4mal täglich, jetzt mehrmals in jeder Stunde. Sie verdreht die Augen, und „die Gedanken sind weg“. Zeitweise setzen die Anfälle einen Tag aus. Seit 1 Jahre kommen auch solche schwererer Art, besonders nachts. Der Status am 19. XI. 91 zeigte ein normal entwickeltes Kind. Sehnenreflexe gesteigert, Schmerzempfindlichkeit allenthalben herabgesetzt. Öfters einseitige Kopfschmerzen. Deutliches Krankheitsbewufstsein. Somatisch und psychisch sonst normaler Befund.

Ferner bei F. M., 15-jährigem Knaben. Anamnese nicht genau zu erheben. Körperlich und geistig war er normal entwickelt, obgleich er seit Jahren an Krämpfen litt. Er machte die Bürgerschule mit genügendem Erfolge durch. Später in der Lehre bei einem Schmied verschlimmerten sich die Anfälle. Er war ruhig, freundlich und höflich, auch fleifsig und anstellig. Die Unterhaltung mit dem mäfsig begabten Knaben liefs erhebliche psychische Defekte nicht er-

kennen. Über seine Umgebung und sein Leiden äufserte er sich durchaus verständig; die Anfälle kamen alle 14 Tage. Er merkte nichts von denselben. Körperlich war er gesund. Später kamen die Anfälle unregelmäfsig, meist nach Erregungen. Eine anfangs bemerkte geringe Reizbarkeit verschwand. Dauerndes Wohlbefinden.

Die Lehre von den epileptischen Äquivalenten wird durch folgende Krankengeschichte illustriert.

G. H., 13-jähriger Knabe. Die Mutter ist nervös, der Vater litt an Rheumatismus. Eine Schwester der Mutter ist schwachsinnig. Er selbst litt bei der Dentition und im 4. Jahre während der Masern an Krämpfen. Er arbeitete angestrengt in der Schule und kam bis Obertertia. 12 Tage vor der Aufnahme beim Schlafengehen war er ohne Grund erregt, schrie laut: „Haltet mich, sonst mufs ich schlagen!“ und lief dann sinnlos schreiend beständig herum. Er war anscheinend bewufstlos, hatte Schaum vor dem Munde und zuckte mit den Armen. Nach $^1/_2$-stündiger Dauer Schlaf. Er wufste später nichts von dem Anfall. In den nächsten Tagen war er weinerlich, müde, gereizt und klagte Kopfdruck. Am dritten Tage und von da ab allabendlich vor dem Einschlafen im Bette verfiel er in Benommenheit und heftigste Erregung. Er schrie, wollte fort, betete, sang Verse religiösen Inhalts, pfiff, grimassierte und lachte dazwischen. Durchschnittsdauer 2 Stunden. Morgens Amnesie. In der 1. Nacht nach der Aufnahme leidlicher Schlaf mit vielem Umherwerfen bis 3 Uhr. Von da ab in somnambulem Zustande. Er sah schöne Äpfel rollen und wollte ihnen nach. Am Tag darauf Ruhe. Alle Reflexe waren bei ihm gesteigert, stärkste, namentlich dorsale Spinalirritation, Clavus, sagittale und parietale Schädeldruckpunkte, Ovarie. Intelligenz intakt. Bei Bettruhe und Brom kamen keine Anfälle und Hallucinationen mehr vor. Ausgang: Heilung.

Geistige Überanstrengung gab hier bei einem erblich Prädisponierten die veranlassende Ursache ab. Der erste Anfall hatte noch viel von einem epileptischen, bei den

späteren aber fehlten die Krämpfe, und hallucinatorische Erregungszustände traten dafür ein. Einmal auch ein somnambuler Zustand mit Hallucinationen.

Dafs die Hysterie bei Kindern beiderlei Geschlechts vorkommt, ist längst konstatiert. Nach den bisherigen Erfahrungen bietet die kindliche Hysterie als solche keine besonderen Charakterzüge. Eher findet man solche bei den auf dem Boden der Hysterie erwachsenden Psychosen, welche nach Emminghaus in die hysterische Gemütsveränderung und vorübergehende Psychosen zerfallen. Erstere besteht in einer Steigerung der kindlichen Selbstsucht, dem Bedürfnis, berücksichtigt zu werden. Wird dies nicht befriedigt, so tritt Verbitterung ein, welche sich bis zu vollkommener Gemütsentartung steigern kann.

Von Professor Binswanger wurden 4 Fälle kindlicher Hysterie behandelt. Betreffs der genaueren Schilderung derselben verweise ich auf A. Holz [1]).

I. Fall. Der erste Kranke, H. W., stammt aus einer Familie, in der Psychosen und Neurosen vielfach vorkamen, und war stets schwächlich und skrophulös. In der Schule war er anfangs gut, später schlechter. Enuresis bis zum 7. Jahre. In demselben brach bei ihm eine tuberkulöse Coxitis aus. Während der Kur zeigten sich zuerst nervöse Symptome: Doppeltsehen, Sensibilitätsstörungen und Kopfschmerzen. Dieselben dauerten mit Remissionen über 1 Jahr. Im 13. Jahr traten sie wieder auf; zugleich Hüftschmerzen, Schielen und unruhiger Schlaf. In demselben Jahre wurde die Resektion des Hüftgelenks ausgeführt, was auf den geistigen Zustand keinen Einfluſs äufserte. Patient konnte mit 16 Jahren ein Progymnasium besuchen und litt nur bisweilen an starken Kopfschmerzen. Im 18. Jahr trat nach übermäfsigem Arbeiten und starkem Rauchen ein hysterischer Anfall mit koordinierten Krampfbewegungen, Bewufstseinstrübung und

1) A. Holz, Beitrag zur Lehre von der infantilen Hysterie. Inaug.-Dissertat. Jena, 1891.

verwirrten Reden auf. Nachher bestand Amnesie und starker Kopfschmerz, welcher 8 Tage anhielt. Auch einzelne Zuckungen kamen noch vor. Einen Monat nach dem ersten Anfall trat ein zweiter jenem sehr ähnlicher auf. Kalte Abreibungen und Brom besserten den Zustand. Patient war zur Zeit der Aufnahme 19 Jahre alt und vollkommen erwachsen, so dafs sein Leiden der Kindheit nicht mehr angehörte. Es sei daher nur noch kurz erwähnt, dafs er nach 10 Monaten geheilt entlassen wurde, nachdem er noch zahlreiche mit Delirien verbundene Anfälle, häufigen Umschlag der Stimmung und zahlreiche sensible, motorische und vasomotorische Störungen durchgemacht hatte.

Wir haben ein neuropathisch beanlagtes Individuum, welches, von klein auf kränklich, wahrscheinlich eine weichliche Erziehung genofs, was nach Strümpell wesentlich für Hysterie disponiert. Die Coxitis brachte die Hysterie zum Ausbruch, und angestrengte geistige Arbeit verschlimmerte sie. Die Anfälle zeigen das Bild der sog. Chorea magna. Die Gemütsveränderung zeigt sich in kindischem, zuweilen auch närrischem Wesen, sowie in unmotivierten Stimmungsschwankungen.

II. Fall. R. G., 16-jähriger Knabe. Eine Schwester leidet an Krämpfen. Sonst nichts ermittelt über erbliche Verhältnisse. Er war in der Schule mäfsig begabt. 16 Jahr alt wegen Magenkatarrh im Hospital behandelt, erlitt er durch den plötzlichen Tod eines Mitpatienten einen heftigen Schreck, an den sich sofort ein hysterischer Anfall anschlofs. Es stieg heifs auf im Unterleibe, die Arme gerieten in Tonus, das rechte Bein in klonische Krämpfe. Dauer: $^1/_4$ Stunde. Seitdem kam jeden Sonntag ein Anfall ohne besonderen Grund. Aufnahme am 26. VI. 90. Er war mäfsig entwickelt und genährt. Im Facialisgebiet Ungleichheiten der Innervation. Hautreflexe gesteigert. Spinalirritation. Hyperalgie, am Kopf rechts stärker, am Rumpf links. Gesichtsfelder leicht eingeengt. In den ersten zwei Monaten der Behandlung traten mehrere leichte Anfälle mit Benommenheit, Schwindel, Flim-

mern vor den Augen und vasomotorische Schwankungen auf. Für dieselben bestand Amnesie. Dauer ca. $^1/_2$ Stunde. Auch Anomalien der Sensibilität und der Facialisinnervationen und einige schwere Anfälle ähnlich den ersten kamen vor. Die Intelligenz war gut, die Stimmung oft übermütig. Er wurde leicht beschäftigt und mit kalten Bädern, Chinin und Eisen behandelt." Heilung nach 6 Monaten.

Hier brach die Hysterie im Anschlufs an Schreck aus, eine sehr häufige Gelegenheitsursache. Die psychischen Erscheinungen beschränken sich auf Benommenheit bei den Anfällen.

III. Fall. T. B., 11-jähriger Knabe. Die Mutter lebt geschieden wegen Ehebruchs. Deren Vater war ein Wechselfälscher und starb durch Selbstmord. In den ersten Lebensjahren bestand Patient eine Gehirnentzündung. In der Schule zeigte er sich wenig beanlagt, aber sehr eifrig. Er erhielt am 14. XI. einige heftige Ohrfeigen. Anfangs stellten sich danach blofs Kopfschmerzen, nach 2 Tagen aber Frostanfälle mit Irrereden ein, welche nach 10 Tagen Zuständen grofser nervöser Unruhe und Reizbarkeit Platz machten. Die Anfälle nahmen bald einen choreatischen Charakter an, kamen 3—4mal am Tage, und wurden durch barsche Anrede verschlimmert. Zugleich Stirnkopfschmerz. Eine Stelle an der linken Schläfe war sehr empfindlich. Bei den Anfällen war das Sensorium meist getrübt und von Phantasien erfüllt. Er machte einen höchst reizbaren und eigensinnigen Eindruck. Nach dem Anfall war er mürrisch. Die Aufnahme erfolgte 3 Wochen nach den Schlägen. Er war mäfsig entwickelt und schlecht genährt. Die Zähne unregelmäfsig, geringe Hypospadie. Linke Pupille weiter. Sehnenphänomene gesteigert, Spinalirritation, Druckpunkte im Gesicht, Stirn druckempfindlich, ebenso die Iliacalgegend beiderseits. Sonst normaler Befund.

3 Wochen später zweite Aufnahme, weil Wutanfälle mit Zuckungen sich eingestellt hatten. Für gewöhnlich war er heiter, klagte bisweilen Kopfschmerz, besonders links an der

Schläfe und war vasomotorisch sehr erregbar. Gesicht links röter. Circa alle 8 Tage ein Anfall mit Hallucinationen, Wut, excessiven Affektbewegungen. Die Reflexe blieben erhalten, leichte Hyperästhesie. Intervallär normales Befinden. Vor dem Ablauf holten ihn die Eltern ab.

Eine erbliche Belastung ist bei diesem Patienten wahrscheinlich vorhanden, wie so häufig bei den Kindern von Verbrechern. Eine Gehirnentzündung und später eifriges Lernen bei geringer Begabung bereiteten weiter den Boden für die Psychose, welche durch einen zugleich geistigen und körperlichen Shock zum Ausbruch kam. Als hysterische Gemütsveränderung könnte man die gesteigerte Reizbarkeit und Unruhe ansprechen. Die Anfälle, welche im Anfang ungefähr der Chorea magna entsprechen, nehmen weiterhin den Charakter von Delirien mit Verfolgungswahn und Sinnestäuschungen an. Von den sonstigen Symptomen sind noch die als Frost bezeichneten Parästhesien bemerkenswert.

IV. Fall. A. B., 10-jähriger Knabe. Der Vater ist etwas reizbar. Die Mutter hatte eine Fehlgeburt. Patient lernte in der Schule gut, war jedoch immer sehr erregbar. Schon damals wurde auffallendes Augenzwinkern bemerkt. Er wurde verzogen, war sehr lebhaft und wild. Enuresis nocturna bestand noch im 10. Jahre. In demselben traten unwillkürliche Hand- und Fufsbewegungen auf. Einige Monate später machte Patient eine Diphtherie durch. Die Krampfbewegungen nahmen seitdem zu, unwillkürliches Juchzen und Schreien kam hinzu. Bei der Aufnahme zeigte Patient sich gut entwickelt. Sehnenreflexe gesteigert. In Zwischenpausen von 5 — 45 Sekunden traten koordinierte, im Affekt sich steigernde, durch Ablenkung nur verminderte Bewegungen auf, besonders am Mund, den Augen, der Nase und dem Nacken, selten an den Beinen. Zugleich stiefs er einen schwachen Schrei aus. Der Abschied der Eltern erregte Weinen. Weiterhin war er heiter und folgsam, die Intelligenz gut. Behandelt mit Chloral, kühlen Bädern und Überernährung, wurden die Bewegungen sehr bald geringer. Doch

zeigte sich bald hysterische Gemütsveränderung. Er war verwöhnt und prätentiös, antwortete den Wärtern und Kranken in ungezogener Weise, prahlte und log seinen Eltern vor, dafs er mifshandelt würde. Auch sonst log er oft, schmeichelte dann wieder den Ärzten und war oft sehr ausgelassen. Er war unfolgsam, quälte und neckte andere Kranke. Die Krampfbewegungen verschlimmerten sich noch einigemale. Die Muskulatur des linken Beines und der linken Gesichtshälfte war eine Zeit lang besser innerviert, als die rechtsseitige. In der 3. Woche afs er sehr wenig und verweigerte Fleischnahrung gänzlich. Er wurde noch ungeheilt von den Eltern abgeholt.

Als prädisponierendes Moment mufs hier wohl besonders die fehlerhafte Erziehung herangezogen werden. Doch scheint der Patient, der als sehr erregbar von klein auf geschildert wird, auch erblich prädisponiert gewesen zu sein. Die Diphtherie mag durch Schwächung des Organismus ebenfalls ungünstig gewirkt haben. Auffallend ist die moralische Entartung. Doch mufs man immerhin in Rechnung ziehen, dafs auch schlecht erzogene, gesunde Kinder es an Ungezogenheiten und Lügen oft nicht fehlen lassen. Eine eigentümliche Perversität des Geschmacks ist auch die Zurückweisung aller Fleischnahrung.

Zum Schlufs erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Binswanger, für die gütige Überlassung der Arbeit und des dazu nötigen Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.